Zugänge zur Moderne
Herausgegeben von Armin Nassehi

Sandra Beaufaÿs

Professionalisierung der Geburtshilfe

DUV Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Sandra Beaufaÿs
Professionalisierung der Geburtshilfe

Zugänge zur Moderne
Herausgegeben von Armin Nassehi

Zugänge zur Moderne

Wenn es einen wissenschaftlichen Sinn hat, von „Moderne" zu reden, dann ist es dieser: unter gesellschaftlichen Bedingungen und kulturellen Voraussetzungen zu leben, die sich selbst zum Thema und zum Problem geworden sind, in einer Welt zu leben, in der jeder Standpunkt als Standpunkt sichtbar wird und in der sich der Verlust von und die Suche nach archimedischen Gewißheiten gegenseitig steigern. Zweifellos ist die „Moderne" damit sowohl Gegenstand als auch Erfindung der Sozialwissenschaften – ein Projekt, das exakt dadurch entsteht, daß man es sucht.

Die Reihe „Zugänge zur Moderne" versammelt Arbeiten aus verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen, die in zweifacher Weise einen Zugang zur Moderne suchen: Sie haben jenes radikal immanente, selbstbezügliche, nicht mehr von außen wahrnehmbare, sich allen Versuchen eindimensionaler Interpretation entziehende Zeitalter zum Gegenstand. Und sie muten sich ebenso radikal immanente und selbstbezügliche Betrachtungsweisen und Methoden zu, wie es ihr Gegenstand erzwingt.

Sandra Beaufaÿs

Professionalisierung der Geburtshilfe

Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß

Mit einem Geleitwort von Armin Nassehi

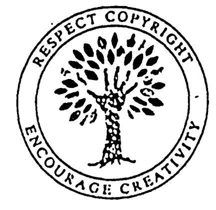
Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Beaufaÿs, Sandra:
Professionalisierung der Geburtshilfe : Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß / Sandra Beaufaÿs. Mit einem Geleitw. von Armin Nassehi. –

(DUV : Sozialwissenschaft) (Zugänge zur Moderne)
Zugl.: Münster (Westfalen), Univ., Diss., 1996
ISBN 978-3-8244-4232-4 ISBN 978-3-663-08879-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-663-08879-0

Lektorat: Claudia Splittgerber



Gedruckt auf chlorarm gebleichtem und säurefreiem Papier

ISBN 978-3-8244-4232-4

Meinen allerherzlichsten Dank an

Anne

Bene

Katharina

Matthias

Helke

Jay

Franzis

und

Annamaria

und besonders an

Dr. Steffanie Engler

und

Prof. Dr. Armin Nassehi

für ihre beständige

Unterstützung und Ermutigung.

Geleitwort

In den Sozialwissenschaften gibt es eine eigentümliche Differenzierung: Auf der einen Seite werden theoretische Erörterungen über Begriffe und Konzepte angestellt; es wird mit geradezu philologischer Genauigkeit herausgearbeitet, welche Wege, Umwege und Abwege theoretische Konstruktionen historisch und systematisch beschreiten, wie wer wann von wem was übernommen, übersehen oder überboten hat. Der Gegenstand jener Erörterungen aber geht darüber oft verloren, ohne dass der Verlust wirklich bemerkt würde. Auf der anderen Seite werden oft empirische Ergebnisse, Sachverhalte der sozialen Welt, mannigfaltige Einzelbefunde, eine Fülle von Informationen und Antworten zusammengetragen, ohne dass diese aber daraufhin befragt werden, wie sie zustandekommen, was sie bedeuten und von welchen präsupponierten Vorentscheidungen sie abhängig sind, die dem Forschungsprozess selbst selten ansichtig werden. Nicht nur sachlich, auch personell hat sich diese Differenzierung der wissenschaftlichen Praxis allzu stabil etabliert - man ist entweder theoretisch orientiert und für den Blick aufs Ganze, auf die grossen Zusammenhänge und Denkgebäude da und schilt den mühsamen Forschungsalltag Fliegenbeinzählerei oder hermeneutische Barmherzigkeit, oder man arbeitet empirisch und rümpft die Nase über die, die sich in den Wolken des Gedankens verlieren. Bestärkt wird diese Differenzierung noch durch die etablierte Struktur universitärer Karrieren und wissenschaftssystematischer Strukturen, die im Entweder/ Oder verharren, nicht zuletzt aus Gründen der Stabilisierung von Pfründen und der Verteilung des immer knapper werdeneden Kuchens.

Die wirklich spannenden wissenschaftlichen Innovationen freilich sind immer dort zu erwarten, wo beides zusammenkommt - die theoretische Einsicht und die empirische Neugierde, die Erotik des intellektuellen Rausches und die Ernüchterung der genauen Tatsachenfeststellung, die dionysische Lust am unerhörten Gedanken und die appollinische Gründlichkeit des Beleges, die Freiheit des theoretischen Gedankens und seine empirische Domestizierung. Die vorliegende Arbeit von Sandra Beaufaÿs vereinigt diese beiden Seiten wissenschaftlicher Praxis auf beispielhafte Weise. Mit der Fragestellung, wie sich der historische Prozess der Professionalisierung der Geburtshilfe als Prozess der Vermännlichung zeigt, gibt sich die Autorin nicht zufrieden. Sie bemüht sich zugleich darum, das präsentierte empirische Material im Lichte einer theoretischen Perspektive zu präsentieren, die in den blossen Fakten des Wandels keinen notwendigen, aber auch keinen zufälligen Prozess sich entfalten sieht und die in der Präsentation der Ergebnisse zugleich mitaufscheinen lässt, wie sehr das Verstehen der *Phänomene* zugleich vom *Verstehen* der Phänomene abhängig ist.

Spätestens hier zeigt sich, wie richtig Sandra Beaufaÿs damit lag, die dargestellten Prozesse nicht ideologiekritisch oder gar feministisch im Sinne einseitiger Parteinahme zu

deuten, sondern mit Hilfe des Foucaultschen Verfahrens diskursiver Machtanalyse. Es geht hier nicht um die Rekonstruktion intentionaler Prozesse bzw. nicht darum, für eindeutige Zurechenbarkeit zu sorgen. Ganz im Sinne Foucaults wird versucht zu zeigen, wie die angedeuteten Prozesse mit Hilfe ihrer Machtpraktiken selbst es sind, die Subjekte konstituieren, denen Fremd- und Selbstzurechnungen widerfahren. Beaufaÿs zeigt, wie sich im Prozess des sozialen Wandels der geburtshilfe die diskursive Produktion von Körper (und Sexualität) auf der einen Seite sowie die "Bio"-Macht als moderner Disziplinartechnik auf der anderen entfalten. Ohne hier die Ergebnisse der Arbeit im einzelnen wiedergeben zu können, sei Folgendes gesagt: Es hat mich sehr beeindruckt, wie es Frau Beaufaÿs gelungen ist, das wahrlich nicht einfach zugängliche Verfahren Foucaults auf ihren Gegenstand anzuwenden, ohne dabei - wie in vielen Qualifikationsarbeiten anzutreffen - einem falschen Anspruch auf Vollständigkeit zum Opfer zu fallen. Es gelingt hervorragend, Foucault nur in der Weise zu applizieren, wie es für das Erkenntnisinteresse der Arbeit vonnöten ist. Ferner verbindet die Arbeit den Duktus einer depersonalisierten Diskursanalyse mit der Sichtbarmachung jener Trägergruppen und Interessenkonstellationen, die den Prozess der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe begleitet haben. Dass dies in erster Linie Geschlechterverhältnisse betrifft, liegt auf der Hand - und geht doch bei den meisten wissenschaftssystematischen und -soziologischen Darstellungen des sozialen Wandels von Medizin, social support systems und Reflexionstheorien helfenden Handelns verloren.

Es ist der Arbeit zu wünschen, dass sie kompetente Leserinnen und Leser findet, die in der Lage sind, die präsentierten Ergebnisse als Ergebnisse einer theoriegeleiteten empirischen Forschungspraxis zu lesen. Als wissenschaftliche Abschlussarbeit in einem sozialwissenschaftlichen Studiengang überschreitet sie ganz ohne Zweifel das Niveau der meisten vorgelegten Arbeiten. Zugleich legt sie auch Zeugnis davon ab, dass die vielgescholtenen Universitäten durchaus auch Räume kreativer Entfaltung sein können - nicht nur, um das Bild noch einmal zu bemühen, appollinische Wissenschaftsbürokratie sind, sondern auch auch dionysische Funken zulassen. Die wirklich lesenswerte Arbeit von Sandra Beaufaÿs wuchert an keiner Stelle mit Pfunden, die nicht gedeckt wären. Im Gegenteil: Es ist geradezu eine zu bescheidene und vorsichtige Darstellung - was nicht als Mangeldiagnose zu werten ist, sondern für die Gründlichkeit der Analyse steht.

Armin Nassehi

Inhalt

Der Mensch, von dem man uns spricht und zu dessen Befreiung man uns einlädt, ist bereits in sich das Resultat einer Unterwerfung, die viel tiefer ist als er. Eine »Seele« wohnt in ihm und schafft ihm eine Existenz, die selber ein Stück der Herrschaft ist, welche die Macht über den Körper ausübt. Die Seele: Effekt und Instrument einer politischen Anatomie. Die Seele: Gefängnis des Körpers.
(Michel Foucault)

I. Einleitung

1. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Auf einem Vortrag mit dem Titel *Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle*, den ich im Sommer 1995 hörte, fiel im Rahmen der Medizin-Ethik-Diskussion der Ausdruck „Eugenik von unten". Die Vortragenden erklärten, es sei eine ständig wachsende Selbstverständlichkeit zu beobachten, mit der als behindert diagnostizierte Feten abgetrieben werden. Aus immer neuen Diagnosemethoden ergäben sich für die verantwortlichen Eltern neue Selektionsentscheidungen bzw. -zwänge, weshalb die daraus entstehende „neue Eugenik" ganz ohne staatlichen Unterdrückungsapparat funktioniere.[1]

Die weite Akzeptanz in der Bevölkerung erfordere keine gewaltsame Durchsetzung, die Praxis der pränatalen Diagnostik habe sich in private Labors verlagert und geschehe ohne gesellschaftliche Kontrolle. Die Vortragenden schlossen, das reproduktive Verhalten der Menschen habe sich geändert; war es früher die Quantität, so sei es nun die Qualität, die für Geburtenkontrollmaßnahmen den Ausschlag gebe. Die Erwartungen, die werdende Eltern an ein Kind haben, stiegen ebenso wie die Angst vor einem behinderten Kind bzw. die Angst, kein perfektes Abbild seiner selbst zu »produzieren«. Die Möglichkeiten medizinischer Überwachungsmethoden hingegen förderten das Konstrukt der „verantwortlichen Mutterschaft", d.h., der Frau werde die Verantwortung für die Entscheidung zugeschoben, ob sie sich »zur Sicherheit« pränatalen Diagnosemethoden unterziehen wolle oder nicht. Der vermeintlichen Entscheidungsfreiheit stehe jedoch keine Handlungsfreiheit gegenüber, denn die Verantwortung für die Schwangerschaft werde den Frauen durch die Gynäkologie immer mehr abgenommen, weshalb sie sich verstärkt verunsichert fühlten. Dies erinnert an die These von Beck/Beck-Gernsheim, welche besagt, daß gerade Wahlmöglichkeiten, die vermeintliche Freiheit vorgaukeln, zu Zwängen werden:

[1] „Neue Eugenik" wurde als Begriff zur Abgrenzung gegen die „alte Eugenik" gebraucht, womit die im Nationalsozialismus erlassenen und erst 1972 endgültig abgeschafften Gesetze zur „Verhütung erbkranken Nachwuchses" gemeint sind. In der neuen Eugenik richtet sich nach Meinung der Vortragenden der Blick nicht mehr auf ein Volk, sondern auf das einzelne Individuum.

„In allen Dimensionen der Biographie brechen Wahl*möglichkeiten* und Wahl*zwänge* auf. (...) Das Verwandeln von Vorgegebenheiten in Entscheidùngen heißt - systematisch gedacht - zweierlei: Die *Möglichkeit der Nichtentscheidung wird der Tendenz nach unmöglich.* Die Entscheidungsmöglichkeit entfaltet ein Muß, hinter das nicht ohne weiteres zurückgegangen werden kann." (Beck/Beck-Gernsheim 1990, S. 52, Hvg. i. Org.)

Der Vortrag und die in ihm anklingende Mahnung, es gäbe keinerlei Druck »von oben«, der Menschen dazu zwinge, sich neuen Reproduktionstechnologien auszuliefern, regte mich zu folgender Frage an: Wie kam es eigentlich dazu, daß sich technische Entwicklungen auf die Kontrolle des »Humanpotentials« ausweiteten? Und die zweite Frage: Wie entsteht der Druck »von unten«, dieses Potential vollkommen auszuschöpfen? Für diese Arbeit versuchte ich die genannten recht umfassenden Problemstellungen in einen überschaubaren Rahmen zu bringen.
Was mich in erster Linie interessierte, war die Kontrolle weiblicher Fruchtbarkeit und damit zusammenhängende Machtverhältnisse. Die Kontrolle weiblicher Fruchtbarkeit und die Kontrolle all dessen, was als weibliche Körperlichkeit definiert wurde, nahm ihren entscheidenden Anfang in der Zeit, in der die Geburtshilfe zum Gegenstand medizinwissenschaftlichen Interesses wurde. Duden bemerkt, daß der Art und Weise wie sich die Medizin des Frauenkörpers bemächtigt hat, andere Strategien zugrunde liegen, als der der allgemeinen Medikalisierung des menschlichen Körpers. Über große Strecken habe sich das Geschlechterverhältnis in der Medizin als ein Gewaltverhältnis ausgewiesen. „Die Spielarten dieser medizinischen Gewalt, die gewöhnlich unter der Tarnkappe eines wissenschaftlichen und hygienischen Fortschritts verborgen bleiben, scheinen mir besonders augenfällig im Bereich der Geburtshilfe - hier wäre der lange Weg von der traditionellen Frauenheilkunde zur männlich dominierten, hospitalisierten Klinikgeburt zu zeigen - (...)." (Duden 1980, S. 111) Da ich mich ohnehin schon seit einiger Zeit für neuere Entwicklungen in der Geburtshilfe interessiere, scheint es mir naheliegend, mich auch mit deren geschichtlichen Aspekten auseinanderzusetzen. Ich habe mich also für eine historische Auseinandersetzung entschieden, um mich so der Frage der Kontrolle und Unterwerfung weiblicher Fruchtbarkeit zu nähern.
Die Geburtshilfe entwickelte sich in den letzten 500 Jahren von der nachbarschaftlichen Hilfeleistung zu einer Profession. Gleichzeitig ging sie von Frauenhänden in Männerhände über. Frauen (Hebammen) wurden zu Assistentinnen, während männliche Wissenschaftler und Geburtshelfer Normen aufstellten. Bis zum 18. Jahrhundert waren Männer aus dem Geburtsgeschehen ausgeschlossen und wurden ihrerseits lediglich ab und zu als Hilfspersonen gebraucht. Die Gebärende ist insofern betroffen, als sich die Geburt von einem zunächst öffentlichen Ereignis in der Frauengemeinschaft zu einem intimen Ereignis im privaten Raum und noch später zu einem Geschehnis im institutionalisierten Raum unter der medizinischen Betreuung durch (hauptsächlich männliche) Fachkräfte gewandelt hat.

Das heißt, die Geburtshilfe als lebensweltliche Tätigkeit wurde einerseits *professionalisiert* und institutionalisiert, andererseits zeigt ihre Geschichte den Wandel von *Geschlechterverhältnissen.*
Der Begriff der Professionalisierung wird im *Wörterbuch der Soziologie* folgendermaßen definiert:

> „Prozeß der Verberuflichung handwerklicher und insbesondere geistiger Tätigkeiten, mit der Tendenz zur Konsolidierung bereits bestehender oder Herausbildung neuer Berufe. In der modernen Gesellschaft beinhaltet P. großenteils eine zunehmende Verwissenschaftlichung und Akademisierung. Wesentlich sind die Systematisierung und Fortentwicklung des jeweils beruflich wichtigen Fachwissens, die Einrichtung von Ausbildungswegen sowie die Einführung von Prüfungen, die zugleich als Zugangskontrolle hinsichtlich der Ausübung des betreffenden Berufs fungieren." (Hillmann 1994, S. 693 f.)

Das Zitat beschreibt im Grunde die Entwicklung des geburtshilflichen Berufes genau. Eine zunächst als Handwerk betrachtete Tätigkeit, die jedoch keinen beruflichen Status innehatte, bildet sich zu einer Wissenschaft heraus. Das Besondere an diesem Prozeß besteht in der Geburtshilfe wie erwähnt darin, daß die Autorität und Definitionsmacht von Frauen zu Männern überging und letztere es waren, die medizinische Hilfeleistungen verwissenschaftlichten. Das heißt also, die Fortentwicklung des Wissens findet unter Medizinern statt, Hebammen sind davon ausgeschlossen. Sie müssen sich zwar ebenso wie angehende Ärzte und Ärztinnen durch Prüfungen für ihren Beruf qualifizieren, haben jedoch im Gegensatz zu den Akademikern keine nachfolgende Chance, Wissensinhalte zu modifizieren oder zu ergänzen.
Die klinische Medizin gilt als „prototypisches Modell einer gelungenen Professionalisierung", so Ronald Hitzler (1994, S. 15), da sie drei wesentliche Elemente in einer medizinisch kontrollierten Organisationsform verbindet: Praxis, Forschung und Lehre.[2]
Für die Hebammen, die als klinisches Hilfspersonal gesehen werden, trifft dies nicht zu. Ihr Qualifikationsstandard wird von der Berufsgruppe der Mediziner kontrolliert. Sie erhalten eine Ausbildung, die zwar auf theoretischer, wissenschaftlicher Basis fußt, sie jedoch nicht zu einer entsprechenden Autonomie befähigt. Es gibt also zwei verschiedene Statusvertreter in der Geburtshilfe, die auf eine sich voneinander unterscheidende Genese ihres Berufes zurückblicken.
Die Hebammentätigkeit war bis ins 15. (zum Teil bis ins 19.) Jahrhundert einfach Nachbarinnenhilfe, dann amtliche Verpflichtung, durch Gesetze reglementiert, später traditionaler und schließlich moderner Beruf (vgl. Böhme 1980). Die Geburtshilfe der Wissenschaftler ist seit dem 18. Jahrhundert, in dem sie als solche zum ersten Mal auftrat, immer Wissenschaft geblieben. Mit der Verwissenschaftlichung gingen jedoch

[2] „Die Aufdeckung der Wahrheit und die Erkenntnis der Wahrheit sind in ihrer Genese identisch. Daher gibt es keinen wesentlichen Unterschied zwischen der Klinik als Wissenschaft und der Klinik als Ausbildung." (Foucault 1988, S. 124)

die entscheidenden Kompetenzen an die Ärzte über, und der Geburtsvorgang wurde von einem subjektiv persönlichen Ereignis zu einem objektiv sachlichen umgedeutet (Böhme 1980, S. 33).

Meine Frage ist nun, wie sich die Professionalisierung der Geburtshilfe vollzog und welche Machtverhältnisse sich in diesem Prozeß nachweisen lassen.

Um dies zu analysieren, bediene ich mich des Machtbegriffs von Michel Foucault. Es gibt mehrere gute Gründe, seinen Ansatz für eine Analyse historischer Prozesse zu wählen. Zunächst beschäftigte sich Foucault im Laufe seines gesamten Werkes immer wieder mit dem Thema Macht. Er entwickelte geeignete Methoden, Macht so zu untersuchen, daß sie differenziert in ihrer Ausübung erfaßt werden kann. Sein Machtbegriff ist darüberhinaus subjektlos und dezentral, und dennoch intentional und produktiv. Er ermöglicht vor allem eine gezielte Betrachtung des Zusammenhangs von Macht und Wissen, eine Eigenschaft, die für mein Thema besonders wichtig ist.

Mein Ziel ist es, vier Thesen einer Überprüfung zu unterziehen:
1. Machtverhältnisse sind in der Entwicklung der Geburtshilfe von Bedeutung.
2. Sie betreffen das Geschlechterverhältnis.
3. Die Macht wirkt gleichermaßen verändernd auf das Selbstbild der Gebärenden wie auf das der Hebamme und auf das Verhältnis der beiden Frauen zueinander.
4. Die Machtverhältnisse in der Geburtshilfe haben sich im Verlauf der Entwicklung verändert: der Grad ihrer Rationalisierung ist gestiegen, d.h., die Kontrollwirkungen von Diskursen und Praktiken um die Geburtshilfe haben sich intensiviert.

Die **Literatur**, der ich mich zur Erschließung meiner Frage bediene, läßt sich grob in drei Kategorien einteilen: Fach- bzw. berufsinterne Zeitschriften für Hebammen und GynäkologInnen; medizin- und körpergeschichtliche Texte, die sich vorwiegend mit dem Thema Geburtshilfe und dem Hebammenwesen befassen; Schriften von Michel Foucault und andere theoretische Texte, die sich mit seinem Ansatz auseinandersetzen.
Die Fachzeitschriften sind für mich das adäquate Material, um neueste Tendenzen und Diskussionen im geburtshilflichen Bereich erfassen zu können. Sie werden von mir als Basis benutzt, von der ausgehend und auf die bezugnehmend geschichtliche Prozesse beleuchtet werden sollen. Die Auswahl der Zeitschriftenaufsätze ist nicht repräsentativ, sondern erfolgte interessegeleitet. Mir erscheinen besonders Meinungen zur Haus- und Klinikgeburtshilfe sowie Artikel, die ein Konkurrenzverhältnis zwischen ÄrztInnen und Hebammen aufzeigen oder ausdrücken, als geeignet, Kontroversen herauszuarbeiten, die mit Hilfe einer geschichtlichen Untersuchung sinnvolle Impulse erhalten können.
Um die geschichtliche Entwicklung zu verfolgen, gebrauche ich größtenteils Texte solcher Autorinnen und Autoren, die mit Primärquellen gearbeitet haben. Ich selbst

beschränke mich auf die Analyse dieser Literatur, die sich hauptsächlich aus den Fachbereichen Volkskunde und Geschichte rekrutiert.
Die gesellschaftswissenschaftliche Dimension erhält die Arbeit vor allem durch den Ansatz Foucaults. Indem ich mit Hilfe seines Machtbegriffes den Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung auf darin enthaltene Machtverhältnisse untersuche, versuche ich gleichzeitig Deutungsmuster aufzudecken, wie sie sich noch heute in der aktuellen Diskussion in der Geburtshilfe zeigen.
Meine Arbeit ist in vier Teile aufgegliedert. Im **I. Kapitel** gebe ich einen Überblick über aktuelle und geschichtliche Problemstellungen in der Geburtshilfe, umreiße kurz den Machtbegriff Foucaults und lege seine Analysemethoden dar. Das **II. Kapitel** beleuchtet kritisch den Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung wie er sich in der Literatur herauskristallisiert. Dabei geht es mir vor allem um die unterschiedlichen Voraussetzungen von Ärzten und Hebammen, um ihre Auseinandersetzung und ihre verschiedenen Wissensformen, um die beginnende Institutionalisierung und Medikalisierung der Geburtshilfe bis ins 19. Jahrhundert. Hier bricht mein historischer Bericht ab, da sich die wesentlichen Entwicklungen m. E. in der Zeit zwischen dem 15. und dem 19. Jahrhundert zugetragen haben. Im **III. Kapitel** versuche ich das geschichtliche Material auf Machtverhältnisse hin zu analysieren. Von besonderem Interesse sind für mich erkennbare Verbindungen zwischen Wissen, Macht und Körper. Das **IV.** und letzte **Kapitel** schließlich bietet eine Zusammenfassung der Ergebnisse und mögliche Anregungen meiner Untersuchung für die aktuelle Diskussion in der Geburtshilfe.

2. Die aktuelle Diskussion in der Geburtshilfe

Auf neuere Diskussionen in der Geburtshilfe bin ich vor allem aufmerksam geworden durch das verstärkte Interesse für die Hausgeburt in den Medien. Es wird deutlich, daß sich die Kritik an der Krankenhausgeburt nun nicht mehr (wie noch in den 70er Jahren) auf die Suche nach Alternativen innerhalb des institutionellen Rahmens konzentriert. Gleichzeitig wird in der klinischen Geburtshilfe, wie ich noch schildern werde, auf vermehrten Einsatz technischer Hilfsmittel gesetzt, um die Sicherheit von Mutter und Kind in größtmöglichem Maße gewährleisten zu können. In diesem Zusammenhang stieß ich auf einen Ausdruck für eine solche »Rundumversicherung«, die mich aufhorchen ließ: »Qualitätskontrolle« bzw. »Qualitätssicherung«. Die beiden Begriffe stammen ursprünglich aus dem Bereich der industriellen Warenproduktion. Sie bezeichnen dort den Vorgang, in dem überprüft wird, ob das hergestellte Produkt allgemein anerkannten Normen und Standards genügt. Ziel einer solchen Überprüfung in der Geburtshilfe ist: „1. die Qualität der Leistungen, gemessen an den Bedürfnissen der Klientinnen zu erhalten oder zu verbessern [und] 2. kosteneffektiv zu arbeiten." (Beittel 1995, S. 329) Erreicht werden sollen diese Ziele vor allem durch eine umfassende Dokumentation der Geburtsverläufe, Analysen von Einzelfällen, Klinikstatistiken und klinikinternen Besprechungen der Ergebnisse (Berg 1995, S. 199). Eine lückenlose Dokumentation wird vom Gesetzgeber (im SGB Nr. 5 § 112 u. 137) sowohl für die klinische als auch für die außerklinische Geburtshilfe gefordert

(Brandl 1995, S. 206). »Qualität« bei der Leistung von Geburtshilfe wird von Vertretern verschiedener Berufsstände jedoch unterschiedlich verstanden. Während sich Gynäkologen und Perinatologen eher auf die Verbesserung von Ergebnisstandards konzentrieren, also auf perinatale Sterblichkeit bzw. Gesundheitszustand von Mutter und Kind nach der Geburt u.ä., betreffen die Erwartungen der (Hausgeburts-) Hebammen an die »Qualitätssicherung« eher Prozeßstandards, also Art und Umfang des Handelns (Roeckel-Loenhoff 1995, S. 328).
Die unterschiedliche Interpretation der Begriffe weckte jedoch weniger mein Interesse als die Tatsache, daß sie überhaupt aus einem industriellen Kontext in einen Bereich menschlichen Lebens transportiert werden konnten. Was wird in der Geburtshilfe produziert? Wer legt die Güte eines hier hergestellten »Produktes« fest? Was bedeutet es überhaupt, davon auszugehen, daß Geburt und Gebären sowie die Hilfe dabei an irgendwelchen Standards gemessen werden kann? Natürlich wird aus der Definition des Begriffes »Qualitätssicherung« für die Geburtshilfe ersichtlich, worauf er sich bezieht, nämlich auf die Sicherstellung einer passabel ausgeführten Dienstleistung und nicht etwa auf die Herstellung des »schönsten« Babys. Betrachtet man jedoch diese neuen Entwicklungen in der Geburtshilfe vergleichend mit denen in momentan stärker umkämpften und kritisierten Gebieten wie den neuen Reproduktionstechnologien und der pränatalen Diagnostik, so beunruhigt die Forderung nach mehr »Qualität« im Kreißsaal allein aufgrund ihres deutlich anklingenden Effektivitätssteigerungsanspruches.
In den 70er und 80er Jahren unseres Jahrhunderts wurde vornehmlich durch Vertreterinnen der Frauenbewegung eine Diskussion um die zunehmende Technisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt angeregt. Kritisiert wurde vor allem, daß der medizinischen Versorgung und der technischen Überwachung gegenüber psychischen und emotionalen Bedürfnissen von Frau und Kind der Vorrang gegeben wurde. Da sich der Geburtsort seit den späten 60er Jahren in die Klinik verlagert hatte[3], wurde die frei praktizierende Hebamme selten, Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe sind seither „fest in der Hand der Frauenärzte." (Wulf 1988, S. 30) Die Kritik an den Methoden der Geburtshilfe richtete sich also gegen Krankenhauspraktiken, die stark von institutioneller Routine geprägt waren und sind. In den 60er Jahren kam die künstlich eingeleitete Geburt gerade in »Mode«. Man wartete nicht mehr darauf, daß bei der Frau die Wehen einsetzten, sondern bestellte sie zum errechneten Geburtstermin in die Klinik, wo die Fruchtblase gesprengt, wehenfördernde Mittel verabreicht und narkotisiert wurde. Gegen solche und andere Praktiken, die die Frauen ihrer Verantwortung und ihres Körpers enteigneten, wandten sich die Vorwürfe. Durch massive Forderungen, mit denen Frauen an die Öffentlichkeit traten, änderten sich die Verhältnisse in den Kliniken geringfügig. Der tech-

[3] Seit 1968 übernehmen die Krankenkassen die Klinikkosten für jede Geburt, nicht nur - wie bis dahin - bei zuvor deklarierter Risikoindikation (Schmitz 1994, S. 25). Die Verlagerung der Geburt in die Klinik fand verstärkt zu diesem Zeitpunkt statt. Noch 1954/55 waren Klinikgeburten und Hausgeburten zu gleichen Anteilen vertreten (Wulf 1988, S. 28), bis 1992 betrug die Rate der Hausgeburten weniger als ein Prozent (0,6 %), 1994 stieg die Hausgeburtsrate auf 3 - 5 % (Edelmann 1996, S. 9).

nische Aufwand und die starke medizinische Überwachung unter der Geburt hat sich jedoch nicht reduziert, eher das Gegenteil ist der Fall.
Mittlerweile wird die Diskussion intern zwischen Hebammen, Gynäkologen, Perinatologen und Gesundheitsorganisationen weitergeführt. Dabei vertreten die Beteiligten verschiedene Auffassungen, die sich grob in zwei Kategorien einteilen lassen können: in die medizinische und die traditionelle Auffassung.[4] Die medizinische folgt der naturwissenschaftlichen Denkweise, nach der die Geburt von ihren „Auffälligkeiten" her thematisiert wird (Böhme 1980, S. 47). Etwas überspitzt formuliert, kann nach diesem Konzept keine Entbindung „als normal betrachtet werden (..) bis sie vorbei ist, ...", so Sonja Sjoli (1996, S. 4), die Präsidentin der Internationalen Hebammenvereinigung. Die Klinik oder das Krankenhaus, mit technischen Überwachungsmöglichkeiten und medizinischen Spezialisten ausgerüstet, ist nach dieser Ansicht der ideale Entbindungsort, denn hier kann im Notfall sofort jede Maßnahme ergriffen werden. Die Vertreter der traditionellen Auffassung, für die jede Geburt zunächst einmal ein „normales" Ereignis im Leben einer Frau darstellt, welches nicht prinzipiell störungsanfällig ist, halten einen solchen Ort für eine Entbindung am geeignetsten, mit dem die Gebärende vertraut ist, zum Beispiel das eigene Zuhause. Ihre psychische Verfassung wird als eine entscheidende Disposition für den Geburtsverlauf betrachtet.
Beherrscht wird die gesamte Diskussion von dem Begriff „Sicherheit". Welcher Geburtsort, welche Form von Geburtshilfe ist sicher? Dabei ist der Sicherheitsbegriff in der Geburtshilfe ein sehr relativer: „Die Entbindung wird niemals ohne Gefahren sein. Es ist nicht möglich, eine 100prozentige Garantie abzugeben, daß nicht unvorhergesehene Komplikationen auftreten." (Sjoli 1996, S. 7) Gerade weil dies so ist, fordert die medizinische Seite eine umfassende „Qualitätskontrolle" in der Geburtshilfe. Einer Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* zu den Mindestanforderungen an die Voraussetzungen geburtshilflicher Abteilungen zufolge „muß versucht werden, durch die Definition von personellen, strukturellen und organisatorischen Grundvoraussetzungen, unter denen Geburtshilfe heute auf einem für alle Mütter und Kinder gleichen und etablierten medizinischen Niveau und forensisch unangreifbar durchzuführen ist, die Basis für eine landesweite Planung geburtshilflicher Abteilungen zu schaffen."[5]
Die Qualität der Geburtshilfe hängt unter diesen Voraussetzungen direkt vom Stand der medizinischen Kenntnisse ab sowie von deren „Ergebnissen", zu denen vor allem die niedrige perinatale Mortalitätsrate gezählt wird (so z.B. Wolf 1988, S. 31/32 und

---

4 Wie sich bereits denken läßt, sind die Protagonisten der medizinischen Auffassung unter den klinischen GynäkologInnen und PerinatologInnen zu suchen, die der traditionellen hauptsächlich unter den Hebammen und den niedergelassenen ÄrztInnen. Die Diskussion in einschlägigen Fachzeitschriften zeigt vor allem zwei erbitterte Gegnerverbände: den „Bund Deutscher Hebammen" und die „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe". Letztere befindet sich auch im Konflikt mit der WHO. An der berufsspezifischen Verteilung der Kontrahenten wird deutlich, daß der Auseinandersetzung jeweils starke professionelle Interessen zugrunde liegen.

5 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen. In: Der Frauenarzt, 36. Jg., 1/1995.

Berg 1995, S. 200). Das obige Zitat läßt in dem Hinweis auf forensische Unangreifbarkeit aber auch durchscheinen, daß in der Geburtshilfe ein hohes Maß an Sorgfalt, Aufklärung, Organisation und Dokumentation rechtlich gefordert ist, was wiederum gerade GynäkologInnen einem erhöhten strafrechtlichen Risiko aussetzt, gegen das sie sich natürlich versichern wollen.
Daß die niedrigere Sterblichkeit von Müttern und Kindern unter der Geburt tatsächlich von medizinischen und technischen Errungenschaften abhängt, ist jedoch nicht nachweisbar. Die britische Studie von Campbell/Macfarlane „Where to be born" von 1994, eine Auswertung aller zur Verfügung stehenden Forschungsarbeiten, die sich mit dem Entbindungsort beschäftigen, konnte keinen Beweis für die Behauptung erbringen, daß Frauen im Krankenhaus am sichersten entbinden. Gleichfalls konnten die Autorinnen keinen kausalen Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Rate der Entbindungen in Krankenhäusern und der Abnahme der allgemeinen perinatalen Mortalitätsrate feststellen.[6]
Die Qualität einer Geburtshilfe mißt sich nach Auffassung der Mediziner also an ihrer Sicherheit für Mutter und Kind. »Sicherheit« ist gleichbedeutend mit geringer Sterblichkeit und niedriger Wahrscheinlichkeit von Behinderung. Wird sie zum obersten Prinzip, so fällt jedes andere Argument neben dem des Lebensschutzes ab. Jedes andere Bedürfnis der Gebärenden, das über den Wunsch hinausgeht, daß ihr Kind gesund zur Welt kommen möge, kann somit als nachgeordnet und moralisch gesprochen sogar als egoistisch gelten. Dieselbe Organisation, die die „Qualitätssicherung" in geburtshilflichen Kliniken gewährleistet sehen will, begegnet den Forderungen und Ängsten von Frauen mit solch stark moralisch gefärbten Appellen:

> „(Es) ist nicht zu verkennen, daß der Verzicht auf die medizinisch erreichbare Sicherheit für Mutter und Kind einen Anachronismus darstellt. (...) Wer die Hausgeburtshilfe befürwortet, siedelt die Sicherheitsbedürfnisse des Kindes deutlich niedriger an als die eigenen und sogar niedriger als die eigenen Ansprüche an häusliche Geborgenheit und Bequemlichkeit. Tatsächlich aber hat das ungeborene Kind einen moralischen - allerdings bisher noch keinen ausreichenden juristischen - Anspruch auf einen unversehrten Lebensbeginn, der höherwertig ist als die berechtigten Interessen der werdenden Mutter auf eine familienorientierte geburtshilfliche Betreuung."[7]

Die hier deutlich werdende Parallele zur Abtreibungsdebatte, sichtbar in der Bemerkung über einen möglichen juristischen Anspruch des ungeborenen Kindes, läßt über professionelle Interessen der Mediziner hinausgehende gesellschaftliche Ausein-

---

[6] Die Ergebnisse der angeführten Studie werden von Sjoli (1996, S. 5/6) wiedergegeben. Haus- und Klinikgeburt sind hinsichtlich ihrer Mortalitätsrate übrigens kaum miteinander zu vergleichen. Erstens werden absehbare Risikofälle von vornherein von der Hausgeburt ausgeschlossen und zweitens sind die Populationen zu unterschiedlich. Beide Diskussionspartner stützen sich auf ein wackeliges Datengebäude.

[7] Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Hausgeburtshilfe. In: Rupert Linder (Hrsg.), *Haus- und Praxisgeburten. Dokumentation der 1. Tagung für Haus- und Praxisgeburtshilfe.* Frankfurt a. M. 1994, S. 232.

andersetzungen offenkundig werden. In diesem Diskurs befinden sich auch solche Gruppen, welche auf die größere Sicherheit von Hausgeburten pochen, da im Krankenhaus die Ansteckungsgefahr größer, die technische Überwachung anfällig, die psychische Verunsicherung der Mutter tiefgreifend ist. Diejenigen, die für eine Geburt im nicht-institutionalisierten Raum kämpfen, halten die Hausgeburt für eine „natürliche Alternative"[8] zur Klinikgeburt. Sie ist jedoch meiner Ansicht nach eine Alternative, die bereits Widerstandsform, also ein Produkt der klinischen Machtwirkungen ist. Eine Hausgeburt findet heute nicht in einem neutralen Raum statt oder in einem, der mit dem zu vergleichen wäre, der vor der Klinikgeburt zur Verfügung stand. Nicht nur die Ausbildung und das Instrumentarium der Hebamme haben sich geändert, nicht nur die Möglichkeit, bei Komplikationen doch ein Krankenhaus aufzusuchen, ist hinzugekommen. Der politische und kulturelle Raum um die Geburt heute hat sich gravierend gewandelt, denn die Legitimation, in der Klinik zu entbinden, muß keine Frau oder Familie mehr erbringen. Der Rechtfertigungsbedarf besteht vielmehr dann, wenn ein anderer Ort gewählt wird. Frauen und Paare, die sich für eine Hausgeburt entscheiden, entscheiden sich gegen die Klinikgeburt, d.h. sie wählen eine Alternative zum mittlerweile Üblichen und Anerkannten. Keine Frau im 15. Jahrhundert stand in diesem Entscheidungskonflikt, was jedoch auch nicht heißt, daß sie »natürlicher« geboren hätte. Sie gebar einfach in einem anderen kulturellen Kontext. Wenn Frauen heute zur Geburt zu Hause bleiben, beziehen sie Stellung. Das Dilemma der Diskussion um die »Alternative« faßt Pulz sehr gut zusammen, indem sie die medikalisierte Geburtshilfe als eine bereits vollzogene Disziplinierung betrachtet, die die Rückkehr in einen einstmaligen Zustand unmöglich macht:

> „Der derzeitige Angriff auf die Pathologisierung der Geburt und der wachsende Einsatz von Technologie und Chirurgie in der Geburtshilfe stellt zwar die bezüglich der Geburt bestehende Hegemonie des medizinischen Diskurses in Frage und ist auch mit der Suche nach Möglichkeiten verbunden, die absurde Alternative zwischen Sicherheit und Wohlbefinden aufzubrechen: gegenüber der einmal erfolgten Disziplinierung ist jedoch keine *Wiederherstellung* möglich. Ein aktives Erleben der Geburt kann nur noch als Recht eingeklagt werden." (Pulz 1994, S. 9, Hvg. i. Orig.)

Der letzte Hinweis der Autorin macht deutlich, daß nicht nur die Anhänger der Klinikgeburt mit dem Recht des Ungeborenen auf einen unversehrten Lebensbeginn zu Felde ziehen - es wird auch auf der Gegnerseite das Recht der Mutter auf eine selbstbestimmte Geburt eingefordert.
Wie reagieren nun heutige Frauen auf Forderungen der Mediziner? Fühlen sie sich entmündigt, gleich den Kritikerinnen der Krankenhausgeburt in den 70er Jahren? Zwar sind Frauen heute in der Regel über die Vorgänge der Geburt im Krankenhaus

---

[8] Siehe das gleichnamige Buch von Sheila Kitzinger: *Die natürliche Alternative. Warum Hausgeburt?* München 1988 oder der Ratgeber von Inge Kelm-Kahl: *Hausgeburt - besser für Mutter und Kind.* Reinbek bei Hamburg 1990.

gut informiert (Ratgeberliteratur und Geburtsvorbereitungskurse boomen), es gibt jedoch Anzeichen für eine Haltung, die sich mit der einer Konsumentin einem Dienstleistungsbetrieb gegenüber vergleichen ließe: „Die Haltung zur Geburtsklinik heute ist (...) das Ergebnis einer überlegt getroffenen Entscheidung mit dem Bewußtsein, daß die Institution Klinik ein Repertoire von medizinischen Serviceleistungen bereithält, unter denen eine Frau, je nach Bedarf, das für sie Passende auswählen kann." (Ensel 1994, S. 236) Ensel führt die veränderte Einstellung der jungen Frauen auf die heute in der Schwangerschaft angewandte Medizintechnologie zurück. Die Schwangerschaft brachte schon immer Unwägbarkeiten mit sich, heute jedoch, so die Autorin, sei es die Pflicht des Arztes, mit Hilfe neuer Diagnosemethoden eine (scheinbare) Sicherheit zu erzeugen; die Pflicht der Frau sei es im Gegenzug, sich den damit verbundenen Untersuchungen zu unterziehen (ebd.). Hierdurch entsteht ein verändertes Bild. Die »gute Hoffnung«, die Möglichkeit wird zu etwas, das sichergestellt werden muß.[9] Da es Methoden zur Früherkennung von Komplikationen gibt, ziehen diese auch nach sich, daß jede mögliche Maßnahme ergriffen wird. „Was früher »Schicksal« hieß, heißt heute »Verantwortung«" (ebd.), und diese Verantwortung muß die Mutter wahrnehmen. Wie ich gezeigt habe, muß sie sie auch bei der Geburt ihres Kindes wahrnehmen. Möglicherweise will sie auch alles Erdenkliche dafür tun, daß sie ein gesundes Kind zur Welt bringt und vertraut daher - so auch der Schluß Ensels - „auf die Definitionen, Deutungen und Weisungen der SpezialistInnen" (ebd., S. 240).

»Sicherheit« ist also ein Schlüsselwort, das auf Frauen in der gewünschten Weise wirkt, bzw. dessen Bedeutung sie selbst verinnerlicht haben, denn sie stehen nicht außerhalb des gesellschaftlichen Deutungssystems. Dieses Deutungssystem erstreckt sich auf alle Bereiche menschlichen Lebens, nicht nur auf das des Ungeborenen. Duden weist darauf hin, daß mit dem Begriff »Sicherheit« auch für Industrieprodukte geworben wird. Seine Wirkung ist von gänzlich anderer Natur als jedes andere werbewirksame Argument: „Der BMW kann im Vergleich mit dem Volkswagen als schneller, prestige-trächtiger, bequemer, dauerhafter, ja billiger angepriesen werden; sobald er aber als »sicherer« beschrieben wird, leuchtet in der Werbung moralisches Pathos auf." (Duden 1996, S. 13)

Was »Sicherheit« im Rahmen der medizinischen Geburtshilfe bedeutet, ist aus dem Vorangegangenen abzulesen: eine Geburt verläuft dann am sichersten, wenn alle Möglichkeiten medizinischer Technologie und des Know-hows perinataler Spezialisten bereitstehen. Das *subjektive* Sicherheitsgefühl der gebärenden Frauen, das nach Meinung der traditionellen GeburtshelferInnen entscheidend ist für eine komplikationsarme Geburt, speist sich jedoch nicht unbedingt aus der Fülle der Appara-

---

9 Mit »Sicherstellung« ist hier zweierlei gemeint: es soll der schwangere Zustand der Frau sicher festgestellt werden, die gesunde weitere Entwicklung des Fötus soll gewährleistet werden. Duden (1994) berichtet von der schwindenden und mittlerweile völlig ausgelöschten Bedeutung der „ersten Regung", der Wahrnehmung der Frau, daß sich in ihrem Bauch ein Kind bewegt. In früherer Zeit konnte eine Frau erst, wenn sie diese Regung spürte, sicher sein, daß sie schwanger war. Sie selbst und ihre Wahrnehmung waren also letztendlich entscheidend. Ob sich ihr Kind schließlich gesund entwickelte, hing einzig und allein von »höheren Umständen« ab und konnte nur gehofft werden.

turen. Einer Fragebogenaktion an der Frauenklinik Köln über Erwartungen und Ängste schwangerer Frauen vor der Geburt zufolge haben die Befragten zwar ein „ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis", wollen dies jedoch vor allem durch die Präsenz von Hebamme und Arzt gestillt sehen (Neuhaus/Scharkus 1995, S. 125). Die Frauen äußerten den Wunsch, die Hebamme solle eine ihnen bereits bekannte Person sein (ebd., S. 124). Offenbar wird das Gefühl des Aufgehobenseins in einer vertrauten Beziehung eher empfunden. Das ist eigentlich eine banale und selbstverständliche Feststellung, doch von medizinischer Seite wird ihr wenig Beachtung geschenkt. Scharkus und Neuhaus selbst weisen darauf hin, „daß der in der Geburtshilfe und Perinatalogie etablierte Begriff der Qualitätskontrolle den psychosozialen Bereich unserer Tätigkeit noch nicht erreicht hat (...)." (Ebd., S. 123) Dabei wurde kürzlich durch Forschungsergebnisse bestätigt, daß die kontinuierliche Unterstützung durch eine Hebamme (oder durch eine andere kompetente Person) während der Entbindung den Bedarf an Analgetika, die Kaiserschnittrate und die Häufigkeit vaginaler Operationen vermindert.[10]

Der förderlichen Atmosphäre, die durch die Anwesenheit ein und derselben vetrauten Person entstehen kann, steht die zum Teil traumatisierende Wirkung operativer Eingriffe gegenüber. In ihren Interviews mit Frauen verschiedener sozialer Herkunft zu der Frage, wie Frauen auf wissenschaftliche Metaphern bezüglich ihres Körpers reagieren, fand Martin heraus, daß ihre Gesprächspartnerinnen sprachlich und emotional Trennungen zwischen Selbst und Körper vornahmen (Martin 1989, S. 103). „(..) Gefühle des Getrenntseins und Objektseins erleben Frauen sowohl bei einer vaginalen Geburt als auch bei einer Entbindung durch Kaiserschnitt, aber meines Wissens gehen Frauen nach einem Kaiserschnitt noch weiter: sie beschreiben, daß sie sich gewaltsam verletzt fühlen." (Ebd., S. 109) Die Interviewten verglichen ihre Erlebnisse mit Kreuzigung, Vergewaltigung und Ausweidung, begleitet von Gefühlen extremer Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins (ebd.). Meines Erachtens wird an diesem Beispiel deutlich, daß es verschiedene Auffassungen von Sicherheit gibt. Obwohl durch die Methode des Kaiserschnittes Leben gerettet werden kann, d.h. medizinisch gesehen die Sicherheit der Geburt erhöht wird, kann dieselbe Maßnahme bei der Frau zu totalem Vertrauensverlust führen. „Die mitverantwortliche Einbeziehung der Schwangeren in die Entscheidungsprozesse unter der Geburt", wie sie Scharkus und Neuhaus fordern (ebd., S. 126), ist sicherlich eine gute Idee, weicht jedoch kein Jota von den medizinischen Sicherheitsansprüchen ab. Indem zu der medizinischen Rundumversorgung eine „psychosoziale" hinzukommt, wird - im Gegenteil - die Institutionalisierung der Geburt erst perfekt.

Es ist keine Frage, daß die Möglichkeiten moderner Medizin lebenserhaltend sein können. Mir liegt nicht daran, diese Verdienste in Abrede zu stellen, sondern daran, die mit ihnen zusammenhängenden Monopolisierungs- und Zentralisierungstedenzen zu hinterfragen. Aus den Problemen, die sich beispielsweise aus neueren Methoden

---

[10] Ergebnisse einer Untersuchung von J. G. Thornten und R. Lilford, veröffentlicht im „British Medical JOURNAL"; (1994) August 6: 309 (6951): (28 ref). Ich entnahm sie dem Artikel von Kethler 1995, S. 217.

der pränatalen Diagnostik ergeben, lernen wir gerade, daß ein höherer Technisierungsgrad in der Schwangerenvorsorge nicht nur segensreiche Folgen hat. Den Wandel der »guten Hoffnung« zur »Verantwortung« für ungeborenes Leben habe ich bereits angesprochen. Drastischer noch ist die zunehmende Rigidität einer »Norm«, die sich durch immer feinere Mittel ihrer Festlegung und Beobachtung ergibt. Auf einem Vortrag von Eva Schindele zu ihrem Buch „Gläserne Gebär-Mütter"[11] hörte ich über die Risikoindikationen bei der Schwangerenvorsorge, daß mittlerweile 75 % aller schwangeren Frauen in Deutschland als Risikofälle gelten. Schindele führt diese extrem hohe Zahl auf die technischen Diagnosemethoden[12] in gynäkologischen Praxen zurück, denn in den Niederlanden, wo die vorgeburtliche Betreuung hauptsächlich von Hebammen übernommen wird, beträgt die Rate nur 25 %. Je perfekter die medizinische und technische Überwachung, desto »kränker« die Schwangeren könnte man daraus schließen. Wichtiger ist, den Anspruch einer Risikoindikation zu befragen, welcher sich auf einer postulierten Norm gründet. Alles, was aus ihr herausfällt, gilt als abweichend und bekommt den Stempel »Risiko«[13] aufgedrückt. Hinter einem solchen Etikett verbergen sich die unterschiedlichsten Schicksale: von Lageanomalien über Wachstumsstörungen bis zu Behinderungen des Fötus sind alle Abweichungen unter einem Begriff vereinigt.
Man könnte die Einrichtung der pränatalen Diagnostik als „Normalisierungsinstanz" betrachten. Diese ist laut Bührmann „eine Instanz, durch die Individuen über die Optimierung einer Wissensproduktion und die Hervorbringung neuen Wissens kontrolliert werden und von der Individuen über die Produktion neuer Normen bemessen, beurteilt und hierarchisiert werden." (Bührmann 1995, S. 23)
Auf die Herstellung von Normen durch den medizinischen Diskurs komme ich im Laufe meiner Arbeit zu sprechen. Zunächst seien noch einige wichtige Aspekte historischer Entwicklung vorgestellt.

3. Geschichtliche Problemstellungen

Wenn man sich mit der Entwicklung der Geburtshilfe befaßt, stößt man schnell auf zwei hartnäckige Vereinfachungen:
a) (Männliche) Wissenschaftler haben die Geburtshilfe qualitativ verbessert. Mit ihrem Aufstieg in diesem Gebiet ging nicht nur ein kontinuierlicher Aufstieg des Faches einher, sondern auch eine Verbesserung der geburtshilflichen Bedingungen.
b) Die Ärzte haben sich der Geburtshilfe leicht und problemlos bemächtigen können. Heilkundige Frauen wurden während der Hexenverfolgung ausgelöscht, den verbliebenen wurde der Zugang zur Universität verweigert, Gesetze und Verbote

---

[11] Dieser Vortrag fand am 11. November 1994 in Münster statt. Der vollständige Titel des Buches lautet: *Gläserne Gebär-Mütter. Vorgeburtliche Diagnostik - Fluch oder Segen.* Frankfurt a. M.1990.

[12] Es ist heute üblich, im Laufe der Schwangerschaft routinemäßig vier Ultraschalluntersuchungen, sowie mindestens 190 weitere Einzeluntersuchungen durchzuführen (Duden 1996, S. 13).

[13] Der Begriff „Risiko" wird in diesem Zusammenhang nicht soziologisch sondern alltagsweltlich gebraucht. Dasselbe gilt für die Debatte um die „Sicherheit" in der Geburtshilfe. Seit Ulrich Becks „Risikogesellschaft" gibt es eine breite Diskussion um den Risikobegriff, welche an dieser Stelle sicherlich fruchtbar wäre, jedoch zu sehr vom eigentlichen Thema abweicht. In entsprechender Richtung weiterzuforschen wäre lohnenswert.

reglementierten wirksam den Tätigkeitsbereich von Hebammen. Es wird angenommen, daß ein einfaches Unterdrückungsverhältnis zwischen Ärzten, Hebammen und Frauen herrschte, wobei letztere hilflose Opfer waren.
Die erste Feststellung resultiert aus den Darstellungsweisen der Medizingeschichtsschreiber. Diese setzten sich fast ausschließlich aus Ärzten zusammen, „die nicht als Historiker ausgebildet waren und sich primär für den eigenen Stand, meist auch für die nachträgliche Verteidigung von dessen Privilegien, d.h. auch für eine nachträgliche Legitimierung der Ausschaltung von Konkurrenten interessierten." (Pulz 1994, S.10)
1906 stellt beispielsweise Heinrich Fasbender fest, die Hebammen hätten es in den zwei Jahrtausenden, in denen sie die allein Verantwortlichen für die Geburtshilfe waren, „nicht verstanden, ihr Fach zu einer Wissenschaft zu entwickeln ." (Fasbender 1964, S. 247).
Mit der Verwissenschaftlichung geht für die Mediziner[14] also eine qualitative Verbesserung des „Faches" einher. Mit dieser Feststellung befinden wir uns bereits an einem interessanten Punkt der gesamten Diskussion: Hebammen und Ärzte repräsentieren unterschiedliche Wissenstraditionen und -positionen. Böhme rechnet das Wissen der Hebammen zum sogenannten "lebensweltlichen Wissen", das der Ärzte zum „wissenschaftlichen Wissen".[15] Wenn diese beiden Wissenstypen von Medizinern interpretiert werden, so wird sich ein Wertgefälle zuungunsten des „lebensweltlichen Wissens" bemerkbar machen:
„So ist gegenüber dem wissenschaftlichen Wissen das lebensweltliche bisher auch entweder schlicht als Nichtwissen, oder als diffuses, als schwächeres Wissen herausgekommen, d.h. genaugenommen gar nicht als eigenständige Wissensform." (Böhme 1980, S. 30)
Bei dieser Betrachtungsweise wird klar, warum das Wissen von Hebammen abqualifiziert wurde und wird. Noch heute (und das, obwohl Arzt/Ärztin und Hebamme in der Geburtshilfe seit 1986 gesetzlich gleichgestellt sind) gilt der Wissenstil der Hebamme als defizitär (Wolf/Wolf 1995). Zwar kann die medizinische Ausbildung der heutigen Hebamme nicht mehr als Grundlage lebensweltlichen Wissens bezeichnet werden, sie gilt jedoch, was schon aus der Bezahlungsdifferenz zwischen Hebamme und GynäkologIn hervorgeht, als weniger qualifiziert. Es ist tatsächlich so, daß die Aufgaben akademischer und praktischer Geburtshilfe voneinander getrennt sind und in verschiedene, jedoch aufeinander bezogene Zuständigkeitsbereiche fallen. „Das

---

[14] Sicherlich waren die Mediziner diejenigen, die ihre eigenen Qualitäten zuerst besonders herausstellten. In Publikationen von Nicht-Medizinern (z.B. Friedrich v. Zglinicki, *Geburt. Eine Kulturgeschichte in Bildern.* Braunschweig1983 und Edward Shorter, *Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau.* München1984) finden sich jedoch die gleichen Vorurteile, weil auch sie haupsächlich aus den Aufzeichnungen der Ärzte schöpfen mußten. Die wenigsten Hebammen haben ihrerseits schriftliche Zeugnisse hinterlassen.

[15] Böhme definiert den Begriff „Wissen" i. S. einer wissenssoziologischen Begriffsbestimmung, die davon ausgeht, „daß alle Wissensinhalte gesellschaftlich reproduziert werden müssen." (Böhme, S. 29) „Als Wissens*inhalte* sind (die) ideellen Bestände der Gesellschaft zu bezeichnen, als *Wissen* (...) die Partizipation an diesen ideellen Beständen." (ders., S. 27/28, Hvg. i. Orig.) Es muß also davon ausgegangen werden, daß jegliches Wissen in sozialen Kontexten tradiert, vermittelt und erworben wird.

ärztliche und das Hebammenwissen um die Geburtshilfe sind in ihrer Entstehung, Tradierung und Auswirkung formal wie material verschieden. Strukturell ergänzen sich beide Wissensformen komplementär zu einem Ganzen" (Wolf / Wolf 1995, S. 154). Was sich hier wie ein friedliches Nebeneinander ausnimmt, ist aus jahrhundertelangen Kämpfen hervorgegangen, die, wie wir gesehen haben, noch immer bestehen. Daß Ärzte schließlich die Definitionsmacht darüber erlangen konnten, „was Frauen und wie sie es zu tun haben" (Duden 1980, S. 111), liegt jedoch nicht daran, daß sie es in diesen Kämpfen mit auf der ganzen Linie Schwächeren aufgenommen haben.

Damit ist die Mutmaßung, es sei den Ärzten leicht gefallen, die weibliche Vormachtstellung in der Geburtshilfe auf sich zu übertragen, bereits angesprochen.

Barbara Ehrenreich und Deirdre English schreiben 1973:

> „Nachdem die Heilkunde als Beruf, der ein Universitätsstudium voraussetzte, eingeführt war, konnte man diesen Beruf ohne große Schwierigkeiten für Frauen gesetzlich sperren. (...) Um 1400 war der Feldzug der Ärzteschaft gegen die städtisch gebildeten Heilpraktikerinnen praktisch in ganz Europa erfolgreich abgeschlossen. Dieser Sieg brachte den männlichen Ärzten die unumstrittene Alleinherrschaft über die medizinische Praxis bei der Oberschicht ein, (mit Ausnahme der Geburtshilfe, die noch drei weitere Jahrhunderte selbst bei den höheren Klassen Domäne der Hebamme blieb). Jetzt waren sie soweit, um eine Schlüsselposition bei der Ausschaltung der breiten Masse der Heilpraktikerinnen - den »Hexen« - einnehmen zu können. (...) So tief standen sie [die Heilkundigen] in ihrem Ansehen bei der aufkommenden Mittelschicht, daß den männlichen Ärzten im 17. und 18. Jahrhundert ernsthafte Übergriffe auf die letzte Domäne der Heilpraktikerinnen - die Geburtshilfe - gelingen konnten." (Ehrenreich 1992, S. 22 ff.)

So einfach wie hier dargestellt war es nicht, die Frauen von den Krankenbetten und aus den Wochenstuben zu vertreiben. Während des gesamten Mittelalters konnten Frauen sich im Bereich der Heilkunde einen sicheren Platz ergattern.

„In the literature of the period male healers are not mentioned nearly so frequently as female healers; the bulk of lay healing was done by women."(Oakley 1979, S. 24)

Da in den entstehenden Städten die Heilberufe noch frei, d.h. keiner gesetzlichen Regelung unterworfen waren, versammelte sich unter der Bezeichnung „Heilkundige" ein buntes Völkchen, das aus Apothekern, Badern, Chirurgen, Alchemisten und Kräuterkundigen zusammengesetzt war. Unter ihnen waren ganz selbstverständlich Frauen, die die verschiedensten Positionen einnahmen. In Ulm gab es beispielsweise 1383 eine Apothekerin, in Frankfurter Steuerlisten des 15. Jahrhunderts werden Augenärztinnen erwähnt, auch Hebammen waren offenbar allgemeinmedizinisch tätig, hauptsächlich in der Chirurgie (Becker 1977, S. 97). Im Frankfurt des 14. Jahrhunderts gab es vierzehn Ärztinnen (ebd.).

Neben diesen nicht-akademischen Heilkundigen gab es seit der Gründung der ersten Universitäten (z.B. Prag 1348, Wien 1365, Heidelberg 1386 und Köln 1388) auch die „wissenschaftlich" ausgebildeten Mediziner (Birkelbach 1981, S. 98).[16] Da ihre Dienste jedoch für die meisten Leute zu teuer waren und sie außerdem mit ihrem antiken theoretischen Wissen wenig ausrichten konnten, waren sie auch nicht in dem Maße gefragt wie die übrigen Gruppierungen. Heilkundige Frauen stellten somit eine wichtige Konkurrenzgruppe für die akademischen und die anderen Ärzte dar. Bis ins 18./19. Jahrhundert hinein kratzten sie mit ihrem häufig reichhaltigen Erfahrungsschatz im medizinischen Bereich die ohnehin ausgeprägte Statusunsicherheit der Ärzte weiter an. Letztere hingen so zu ihrem Mißvergnügen vom „Zutrauen der Hausfrau" ab, die darüber entschied, wie und ob ein Kranker zu behandeln sei (Frevert 1986, S. 187).
Ihrer Verärgerung über die weibliche Heilkunde machten Ärzte besonders mit Bezugnahme auf die Hebammen Luft. Sie verunglimpften ihr Können und Wissen vor allem in einer Literaturgattung, die im 16. und 17. Jahrhundert populär wurde: den sogenannten „Hebammenlehrbüchern". In ihnen stand meist wenig, durch das die zu Belehrenden ihr Wissen hätten mehren können, da es zumeist ohnehin aus ihren eigenen Kreisen stammte. Den Hebammen aber wurde in diesen Büchern hauptsächlich Unvermögen bescheinigt. Ausbrüche über die Einmischung von Frauen in die ärztliche Profession finden sich auch im 18. Jahrhundert in Schriften über gesundheitspolizeiliche Maßnahmen, die ebenfalls von Medizinern verfaßt wurden.
Ähnlich wie Sandra Harding allgemeine männliche Beschwerden und Diskreditierungen als Anzeichen deutet, daß sie solche „nötig haben" [„Unverhohlene Frauenfeindschaft kann am besten als Äußerung männlichen Protestes begriffen werden, denn niemand wird feststellen, was ohnehin offensichtlich ist oder sich für etwas stark machen, was er ohnehin schon besitzt." (Harding 1991, S. 126)], bin auch ich der Meinung, daß ein Gegner vor allem dann streng unter Beschuß genommen wird, wenn man weiß, daß er ernstzunehmen ist.

4. Zur Methode Foucaults

4.1. Was ist Macht im Sinne Foucaults?[17]

Für Foucault ist Macht das universale Organisationsprinzip einer Gesellschaft; alles was als wahr gilt, alle Bedeutungen und Deutungen, die unsere Auffassungen von Wirklichkeit ausmachen, sogar der Widerstand gegen sie - sie alle sind durchzogen von Machtverhältnissen. Daher bildet Macht für ihn auch keinen Gegensatz zu einer

[16] Frauen waren vom Studium an den Universitäten natürlich grundsätzlich ausgeschlossen, auch wenn sie adelig waren (Birkelbach 1981, S. 91).

[17] Zu dieser Frage ist als erstes zu bemerken, daß Foucault keine eindeutige Definition für den Begriff »Macht« liefert, sondern höchstens begrenzende Kriterien dafür, was Macht *nicht* ist (Kammler 1986, S. 137).

ursprünglichen Wahrheit[18], die von ihr verdeckt wird und die es zu befreien gälte, „denn die Wahrheit selbst ist die Macht" (Foucault 1978 a, S. 54).

Macht ist weder mit Herrschaft noch mit Unterdrückung gleichzusetzen oder zu beschreiben.

„Während der Begriff Herrschaft zeitweise blockierte Machtverhältnisse bezeichnet, meint der Machtbegriff veränderbare, bewegliche Machtverhältnisse." (Bührmann 1995, S. 17)

Aus diesem Grunde ist nach Foucault Freiheit die Existenzbedingung von Macht, d. h., daß die Menschen, die sich in Machtverhältnissen befinden, „freie Subjekte"[19] sein müssen. Machtausübung kann weder auf Gewalt noch auf Übereinkunft verzichten. Sie kann sogar auf einer dauernden oder ehemals abgegebenen Zustimmung beruhen, jedoch ist sie nicht eigentlich Ausdruck eines Konsenses, denn Zwang oder Zustimmung sind Instrumente oder Wirkungen und nicht Grundlage der Macht (Foucault 1987, S. 254).

Der Begriff »Unterdrückung« legt für Foucault eine problematische Einschätzung des Machtbegriffs nahe, denn auch er verfehlt seiner Meinung nach das Wesen der Macht und ist für ihre Analyse „völlig unzureichend" (Foucault 1978 b, S. 74):

> „Wenn man Machtwirkungen mit Hilfe des Begriffes der Unterdrückung definiert, so folgt daraus eine rein juristische Konzeption eben dieser Macht; (...) Der Grund dafür, daß die Macht herrscht, daß man sie akzeptiert, liegt ganz einfach darin, daß sie nicht nur als neinsagende Gewalt auf uns lastet, sondern in Wirklichkeit die Körper durchdringt, Dinge produziert, (...), Wissen hervorbringt, Diskurse produziert; (...)." (Foucault 1978 a, S. 35)

Die Macht ist also *produktiv* und nicht eingleisig restriktiv. Ihr herausragendes Produkt ist das Individuum und seine Erkenntnis (Foucault 1992, S. 252). Aus dieser Idee folgt, daß Macht nicht von einem Menschen besessen werden kann, der sie dann gegenüber anderen ausspielt. Sie hat überhaupt kein Subjekt, sondern ist *dezentral* (Kögler 1994, S. 94), durchzieht den gesamten Gesellschaftskörper und das „Körperinnere" der Menschen.[20]

Die Vorstellung von einer Staatsmacht, die sich linear von oben nach unten fortpflanzt, wäre demnach ein falsches Bild. Macht bezeichnet überhaupt nicht einfach ein Verhältnis zwischen individuellen oder kollektiven Partnern, sondern die Wirkungsweise bestimmter Handlungen, die andere verändern (Foucault 1987, S. 254).

---

[18] Wahrheit befindet sich mit Macht in einem Wechselwirkungsverhältnis und ist daher „das Ensemble von Regeln, nach denen das Wahre vom Falschen geschieden und das Wahre mit spezifischen Machtwirkungen ausgestattet wird (...)." (Foucault 1978 a, S. 53)

[19] „Hierunter wollen wir individuelle oder kollektive Subjekte verstehen, vor denen ein Feld von Möglichkeiten liegt, in dem mehrere »Führungen«, mehrere Reaktionen und verschiedene Verhaltensweisen statthaben können." (Foucault 1987, S. 255)

[20] Den Körper betrachtet Foucault nicht unter demographischen oder biologischen Aspekten, ihn interessieren seine politischen Aspekte. „Foucault fragt danach, wie die Körper zu produktiven und unterworfenen Körpern und wie Körper und Seele zum Relais von Macht-Wissen-Komplexen werden." (Bührmann 1995, S. 29)

Sie gehört zwar „zur Ordnung der Beziehung" (Ewald 1978, S. 12), wirkt aber nicht von A nach B, ist nicht rückführbar auf eine Quelle oder Ursache: „Zweifellos muß man Nominalist sein: die Macht ist nicht eine Institution, nicht eine Struktur, ist nicht eine Mächtigkeit einiger Mächtiger. Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt." (Foucault 1986, S. 114) Worüber vollziehen sich nun diese strategischen Situationen? Sie drücken sich aus über das Zusammenwirken diskursiver und nicht-diskursiver *Praktiken*. Letztere sind solche Praktiken oder Ereignisse in der Geschichte, die politischer, ökonomischer, technischer Art usw. sind. Die jeweilige diskursive Praxis stellt eine Beziehung zwischen den verschiedenen Elementen her. Beide Praktiken bringen sich wechselseitig hervor. Foucault nennt das Zusammenspiel diskursiver und nicht-diskursiver Machtpraktiken *Dispositive*, welche Strategien von Kräfteverhältnissen bezeichnen, die a) Typen von Wissen stützen und b) von diesen gestützt werden (Bührmann 1995, S. 28). Wissen und Macht sind unlösbar miteinander verknüpft: „Es sind konkrete Instrumente der Herausbildung und Akkumulation von Wissen, es sind Beobachtungsmethoden, Registriertechniken, Untersuchungs- und Forschungsverfahren, Kontrollapparate. All dies bedeutet, daß die Macht über diese subtilen Mechanismen nur dann ausgeübt werden kann, wenn sie ein Wissen oder vielmehr Wissensapparate entwickelt, organisiert und in Umlauf setzt, die keine ideologischen Gebäude[21] sind." (Foucault 1978 c, S. 87)
Der Macht-Wissen-Komplex bildet sich innerhalb der *Disziplinen*. Dies sind Techniken, die die detaillierte Kontrolle der Körpertätigkeiten, die Vermehrung der Körperkräfte und ihre permanente Unterwerfung ermöglichen (Bührmann 1995, S. 28). Eine solche Disziplin bildet beispielsweise die Medizin, die einen bestimmten als ihr zugehörig definierten Diskurs kontrolliert und Techniken einsetzt, die ihren Zwecken dienen.[22] Die Genese der Disziplinen wird von Foucault nicht auf das kalkulierte Betreiben einer herrschenden Gruppe zurückgeführt, sondern auf vielfältige, heteronome und verstreute Prozesse (Bührmann 1995, S. 29). Sie folgen, wie oben angedeutet, keiner ideologischen Idee im Sinne einer strategischen Durchführung eines einzigen Gedankens - dies setzte wieder ein Subjekt voraus, sie folgen vielmehr bestimmten Diskursformationen[23], zu denen sie in einem reziproken Verhältnis stehen. Sie bringen sie selbst hervor und werden von ihnen hervorgebracht. Diskursformationen sind der gesellschaftliche Ort, an dem die Wahrheiten entstehen.

21 Foucault über den Begriff der Ideologie: Er steht immer in einem potentiellen Gegensatz zu „etwas, das Wahrheit wäre", bezieht sich zwangsläufig „auf so etwas wie ein Subjekt" und befindet sich in untergeordneter Position „in Bezug auf etwas, das ihr gegenüber als ökonomisch, materielle usw. Struktur oder Determinante wirksam wird." (Foucault 1978 a, S. 34).

22 „Die Disziplin der Medizin umfaßt einen Bereich von Gegenständen, die als zugehörig definiert sind, eine Reihe von Techniken und Praktiken, Instrumenten, mit denen Wissen hergestellt und mit denen Macht ausgeübt wird." (Krasmann 1995, S. 244)

23 Diskursformationen sind „übergeordnete Denksysteme, die einer ganzen Epoche eigen waren. Sie beinhalten bestimmte Ausschließungssysteme, die die Form des Denkens prägen und bestimmte Weisen des Denkens oder auch der Vorstellung möglich, andere aber auch unmöglich machen." (Krasmann 1995, S. 254).

„Jede Gesellschaft hat ihre eigene Ordnung der Wahrheit, ihre »allgemeine Politik« der Wahrheit: d.h. sie akzeptiert bestimmte Diskurse, die sie als wahre Diskurse funktionieren läßt; es gibt Mechanismen und Instanzen, die eine Unterscheidung von wahren und falschen Aussagen ermöglichen und den Modus festlegen, in dem die einen oder anderen sanktioniert werden; es gibt bevorzugte Techniken und Verfahren zur Wahrheitsfindung; es gibt einen Status für jene, die darüber zu befinden haben, was wahr ist und was nicht." (Foucault 1978 a, S. 51)
Der Machttypus, den ich gerade beschrieben habe, wird von Foucault als der moderner Macht bezeichnet. Er unterscheidet sich von der souveränen Machtform, die bis zur Aufklärung anzutreffen war und vor allem durch das Recht charakterisiert werden kann, Untertanen zu töten oder am Leben zu lassen (Foucault 1986, S. 162). Die souveräne Macht arbeitet hauptsächlich nach dem Prinzip der „Abschöpfung", während die moderne Macht sich dieses Prinzips nur noch ausnahmsweise bedient, um ihre eigentlichen Ziele zu verfolgen, nämlich „Kräfte hervorzubringen, wachsen zu lassen und zu ordnen, anstatt sie zu hemmen, zu beugen oder zu vernichten." (Ebd., S. 163) Der Funktionsweise dieser Macht entsprechen bestimmte Techniken ihrer Ausübung: die Disziplinen des Körpers und die Regulierung der Bevölkerung. Zu ersteren gehören neben der Medizin auch andere effiziente und ökonomische Kontrollsysteme wie beispielsweise die Schule, die Kaserne, die Fabrik. Innerhalb dieser Einheiten vollzog sich seit dem 17. Jahrhundert die Dressur des Körpers (Bührmann 1995, S. 27). Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts trat die „Bio-Politik der Bevölkerung" (Foucault 1986, S. 166) hinzu, d.h. es begann eine dezidierte Kontrolle und Abschätzung der Fortpflanzungs- und Mortalitätsrate, der Volksgesundheit, des Verhältnisses zwischen Ressourcen und Bevölkerung (Bührmann 1995, S. 27). Zunächst waren die beiden Pole, Disziplinen und Bio-Politik voneinander getrennt, fügten sich dann im 19. Jahrhundert aber zusammen zu der modernen Machtform, die Foucault „Bio-Macht" nennt (Foucault 1986, S. 167). Sie war ein entscheidender Bestandteil für die Entwicklung des Kapitalismus. „Er brauchte Machtmethoden, die geeignet waren, die Kräfte, die Fähigkeiten, das Leben im ganzen zu steigern, ohne deren Unterwerfung zu erschweren." (Ebd., S. 168)
Die Unterwerfung des Lebendigen wird durch die Bio-Macht sogar effizienter gestaltet als jemals zuvor. Durch die Verbindung der beiden Mechanismen „objektivierende Vergegenständlichung" und „subjektivierende Unterwerfung"[24] gelingt es, neben „gelehrigen Körpern" zugleich individuelle Innenwelten zu produzieren, also Individuen, die bereits Wirkungen der Macht sind (Foucault 1978 c, S. 83).

4.2. Wie wird Macht analysiert?

Foucault stellt seine Machtfrage nicht, um darauf eine Theorie zu errichten. Er stellt sie vielmehr im Sinne einer „Analytik", einer „politischen Anatomie" (Ewald 1978, S. 10). Konkret lautet seine Frage: „Wie wird Macht ausgeübt?" (Foucault 1987)

---

[24] Diese Mechanismen gehören jeweils den Machttechniken der Disziplin (objektivierende Vergegenständlichung) und der Bio-Politik (subjektivierende Unterwerfung) an.

Foucault liefert keine Theorie, er macht keine ontologischen Aussagen, er kritisiert im Namen keiner Wahrheit (Ewald 1978, S. 8). Bei der Analyse von Machtverhältnissen mit Hilfe seiner Methode der Genealogie[25] , verhält er sich gleichsam absichtslos, historischer Determinismus ist ihm fremd: „Man muß einen Hohlraum schaffen, zeigen, wie die Dinge historisch zufällig eingetreten sind, zwar aus diesem oder jenem verstehbaren Grunde, aber nicht notwendig."[26]
Bedient man sich seines Machtbegriffes, um historische Entwicklungen zu analysieren, so „muß das Analyseinstrumentarium (...) so beschaffen sein, daß es nicht bereits vorab Täter, Opfer und Mittäterinnen identifiziert; ..." (Landweer 1993, S. 9). Diese Absichtslosigkeit, die Foucaults Analysen eigen ist, weniger seine gesamte Terminologie und diskurstheoretische Herangehensweise sollen meine Überlegungen leiten.
Foucault schlägt ein Raster von fünf Linien vor, um Machtverhältnisse zu analysieren. Ich bin zu der Auffassung gelangt, daß es für mein Thema nützlich ist, mich an diesem Raster zu orientieren. Folgende Punkte werde ich also versuchen zu verbinden, wenn ich das historische Material zur geburtshilflichen Professionalisierung untersuche: das System der Differenzierungen, die Typen von Zielen, die instrumentellen Modalitäten, die Formen der Institutionalisierung und die Grade der Rationalisierung (Foucault 1987, S. 257 f.).
Im Zentrum der Untersuchung stehen Machtverhältnisse in der Geburtshilfe, deren Protagonisten hauptsächlich Hebammen, Ärzte und gebärende Frauen sind. Zunächst wäre also festzuhalten, in welchem Verhältnis sie zueinander stehen bzw. mit welchen gesellschaftlichen Voraussetzungen sie aufeinandertreffen. Unterscheiden sie sich hinsichtlich ihres Status, juridischer oder traditioneller Vorgaben, ökonomischer Stellung oder in ihren Kompetenzen? Solche und ähnliche Differenzierungen sind zugleich Bedingungen und Wirkungen eines Machtverhältnisses (ebd.). Die Kontrolle und Reglementierung der Frauengemeinschaft und der Hebammen durch kirchliche und gesetzliche Verordnungen stehen am Anfang des Konkurrenzverhältnisses zwischen Ärzten und Hebammen und werden deshalb unter Punkt 1. des II. Kapitels abgehandelt. Hier wird auch gleichzeitig klar werden, welche Typen von Zielen von den Beteiligten verfolgt werden. Es wird zum Beispiel deutlich werden, daß die akademischen Ärzte andere Ziele verfolgten als die handwerklich tätigen Chirurgen und diese wiederum andere als die Hebammen. Es werden Interessengegensätze und Zusammenstöße zwischen ihnen geschildert. Die Mittel, mit denen Macht ausgeübt wird, und die Formen ihrer Institutionalisierung kommen vor allem in den sich unterscheidenden Wissensformen von Arzt und Hebamme sowie in der Einrichtung der Gebäranstalten zum Tragen. Je nach der Art und Weise, wie die bisher genannten Bedingungen sich vernetzen, kann nun ein Machtverhältnis effizienter oder ineffizienter sein. „Machtausübung ist keine rohe Tatsache, keine

[25] Foucault zur Genealogie: „...eine Form der Geschichte, die von der Konstitution von Wissen, von Diskursen, von Gegenstandsfeldern berichtet, ohne sich auf ein Subjekt beziehen zu müssen, das das Feld der Ereignisse transzendiert und es mit seiner leeren Identität die ganze Geschichte hindurch besetzt." (Foucault 1978 a, S. 32)
[26] Krasmann 1995, S. 252, zitiert Foucault: *Von der Freundschaft. Michel Foucault. Im Gespräch.* Berlin o.J.

institutionelle Gegebenheit, auch nicht eine Struktur, die besteht oder zerbricht: sie schreibt sich fort, verwandelt sich, organisiert sich, stattet sich mit mehr oder weniger abgestimmten Prozeduren aus." (Ebd., S. 258) Meine These ist, daß die Grade der Rationalisierung innerhalb der Entwicklung der Geburtshilfe steigen, d.h. Kontrollwirkungen gestalten sich mit der Zeit effizienter. Die Kontrolle von Frauen in der Geburtssituation und um diese herum hat sich erheblich gesteigert und andererseits unsichtbar gemacht, da sie in die einzelne Frau selbst verlegt worden ist.
Die Praktiken und konkreten Techniken, anhand derer dieser Prozeß sich vollzieht, werden von mir im III. Kapitel erörtert, in welchem ich das geschichtliche Material auf Machtverhältnisse hin untersuche. Dabei interessieren mich besonders die Verknüpfung von Macht und Wissen sowie die Mechanismen und Praktiken der medizinischen Disziplin.
Die unter geschichtlichen Gesichtspunkten beschriebenen Vorurteile, Wissenschaftler hätten die Geburtshilfe verbessert, ohne daß die Frauen einen Preis dafür bezahlen mußten und hätten (auch auf Grund dieser Verbesserung) sich leicht auf diesem Gebiet etablieren können, bergen Aspekte, die sich auf den Foucaultschen Machtbegriff beziehen. Da die Medizin zu den - von Foucault kritisch betrachteten - Humanwissenschaften gehört, lassen sich an der Haltung ihrer Protagonisten, sowohl gegenüber dem „lebensweltlichen Wissen" der Hebammen als auch gegenüber den (gebärenden) Frauen, möglicherweise perspektivistische, machtverflochtene und entmündigende Praktiken (Kögler, S. 119) beobachten, die den Schluß auf eine einfache qualitative Hebung der Geburtshilfe zweifelhaft werden lassen. Entgegen der gängigen Auffassung, die Humanwissenschaften hätten ganz einfach ein Fakt auf das andere gestellt und reichten so an eine Wahrheit, die als absolut und positiv betrachtet wird, immer näher heran, stellt Foucault die These auf, daß die Humanwissenschaften „sich nicht schrittweise durch einen Fortschritt in der Rationalität der exakten Wissenschaften konstituiert" haben (Foucault 1978, S. 93). Stattdessen unterliegen sie einem speziellen *Perspektivismus*, denn die Erkenntnis des Objekts »Mensch« konnte nur durch einen Strukturwandel der Erfahrung möglich werden, einer „epistemologischen Enthemmung", die sich „auf der Ebene der sozialen Praxis" vollzogen hat (Kögler, S. 120). Die spezifische Erfahrungsform der Klinik, so Foucault, ermöglichte der Medizin den „Diskurs über das Individuum":
„Das Individuum ist nicht die anfängliche und ausgeprägteste Form, in der sich das Leben darbietet. (...) Das alte Aristotelische Gesetz, das den wissenschaftlichen Diskurs über das Individuum verbot, ist aufgehoben worden, als der Tod in der Sprache den Ort seines Begriffes gefunden hatte: damals hat der Raum dem Blick die differenzierte Gestalt des Individuums eröffnet." (Foucault 1988, S. 184)[27]
In diesem Sinne enthält der medizinische Diskurs keine Wahrheit, die von gesellschaftlichen Machtverhältnissen frei ist, vielmehr konnte sich diese Wahrheit nur durch solche Verhältnisse überhaupt bilden. Anders formuliert haben Wahrheit, Dis-

---

27 Foucault spricht hier von der Wissenschaft der Anatomie, welche durch einen lokalisierenden Blick in den toten Körper die Funktionen des lebendigen erschließt.

kurs und Wissen für Foucault keine ursprüngliche Realität, die von Macht „befreit" werden könnte, sondern sie sind mit ihr im Gegenteil nicht nur unlösbar verwoben, sie werden durch Machttechniken erst ermöglicht und legitimiert. Der Mensch »individualisiert« sich also auch nicht im Lichte der Humanwissenschaften, er wird statt dessen „als Individuum objektiviert, er wird (...) zum Objekt degradiert. Die Wahrheit der Humanwissenschaften ist nicht *seine* Wahrheit als Mensch über sich selbst, es ist eine individuelle Wahrheit *über ihn*." (Kögler, S. 122, Hvg. i. Orig.) Insofern unterliegt der Mensch im medizinischen Diskurs einer *Entmündigung*. Die Frau im Diskurs der Geburtshilfe beispielsweise gebiert nicht, sie »wird entbunden«, ihre Wahrheit über sich, ihre Wahrnehmungsformen zählen nicht, sondern die Wahrheit über sie als »Fall« zählt.
In den letzten zwanzig Jahren, in denen Frauen versucht haben, in den geburtshilflichen Diskurs einzugreifen und ihre Autonomie wiederzuerlangen, unterlagen sie im Grunde den Wissenstechniken der „subjektivierenden Humanwissenschaften", welche „das Subjekt als Sprecher über seine eigenen Bedürfnisse, Empfindungen und Präferenzen in die Wissenserhebung (..) integrieren." (Kögler 1994, S. 123) Die Forderungen nach einer »natürlichen Geburt« wurden vom medizinischen Diskurs aufgegriffen, vereinnahmt und zu der Frage umgewandelt „Wie natürlich hätten Sie´s denn gerne?" (Kentenich 1981) In der Forderung wie in der daraus resultierenden Frage läßt sich der fruchtlose Versuch erkennen, die erfolgte Disziplinierung wieder rückgängig machen zu wollen und dabei zu übersehen, daß sie nunmehr im Gewande einer Dienstleistung wieder auftaucht. Im Zentrum der neuen Sicht steht die »Sicherheit« der Geburt und der „absurde Anspruch auf Qualitätsprodukte aus dem Dienstleistungssystem" (Duden 1996, S. 13), ein Anspruch, der von allen Beteiligten - auch von den Frauen - erhoben wird. Mit dem Drängen auf „Qualitätssicherheit" im Kreißsaal und über diesen hinaus, wurde ein neues Dispositiv[28] im medizinisch-geburtshilflichen Diskurs geboren; ich nenne es das „Sicherheitsdispositiv". Daß es sich um ein Dispositiv handelt, kann deshalb angenommen werden, weil sich die Mechanismen um die Sicherheit nicht nur über diskursive Praktiken, sondern ebenso über nicht-diskursive zeigen. Es gibt eine Diskussion, die sich auf der sprachlichen Ebene abspielt, es gibt aber auch konkrete Praktiken wie beispielsweise technische Überwachung vor und während der Geburt oder medikamentöse Behandlung. Letztere bestimmen Akzente der Diskussion oder bringen sie erst hervor, in jedem Fall aber stehen sie in einem Wechselwirkungsverhältnis mit dem Diskurs.
Der eigentliche Mechanismus, der die Entstehung dieses Dispositivs ermöglichte, setzte jedoch bereits viel früher ein, als im 18. und 19. Jahrhundert eine neue Auffassung vom Körper sich durchzusetzen begann, eine Auffassung, die Produkt eines medizin-politischen Diskurses war. „Der neue Diskurs über den Körper verdrängt, zensuiert, maskiert, abstrahiert und entfremdet Wahrnehmungsformen; (...) er hat aber

---

28 „Ein Dispositiv ist das Netz zwischen heterogenen (diskursiven wie nicht diskursiven) Elementen, die ihre Positionen oder Funktionen verändern können, jedoch einer Hauptfunktion, einem gemeinsamen »strategischen Imperativ« untergeordnet sind, der sie zusammenhält und ihre Individualisierung als »Dispositiv« gestattet." (Kammler 1986, S. 157 f.)

auch die Macht, neue Wirklichkeit zu schaffen, neue Objekte zu konstituieren, neue, unvermeidbare Rituale in den Alltag einzuführen, deren Teilnehmer in eine epistemologische Abhängigkeit von den neu konstituierten Objekten geraten." (Duden 1987, S. 15) Im Verlauf dieses, sich bis in unsere Zeit selbst verstärkenden Diskurses über den Körper, wird die Geburt als Ereignis umgedeutet. Sie wird von einer Grenzsituation zu einem produktiven Vorgang transformiert (ebd., S. 31). Wie Martin (1989) feststellt, haben Frauen die „medizinischen Metaphern", die für die Geburt und den weiblichen Körper kreiert wurden, soweit internalisiert, daß ihr Körpergefühl und Selbstbild den daraus entstehenden Spaltungen unterliegt. Foucaults Behauptung, die Macht werde nicht auf die Individuen angewandt, sie gehe durch sie hindurch (Foucault 1978 c, S. 82), findet sich in diesen Vorgängen wieder. Ich werde in meiner Arbeit versuchen, den Prozeß der spezifischen Disziplinierung und Unterwerfung des Frauenkörpers in der Geschichte der Geburtshilfe nachzuzeichnen und die Disziplinierung der Helferinnen zu beleuchten.

Die Geschichte der Geburtshilfe ist eine Geschichte der „unterworfenen Wissensarten", und zwar sowohl in Bezug auf historische Inhalte, „die verschüttet wurden und innerhalb funktionaler Folgerichtigkeiten oder in formalen Systematisierungen untergingen", als auch hinsichtlich der Wissensarten, „die als nicht sachgerecht oder als unzureichend ausgearbeitet disqualifiziert wurden ..." (Foucault 1978, S.60).

Geburtshilfliches Wissen (so Böhme 1980, S. 48) ist von seinem Ursprung her kollektives Wissen der Frauen. Dadurch, daß die Hebammen seit dem 18. Jahrhundert einen Teil ihres Wissens schulisch, in der Ausbildung durch Mediziner erwerben mußten, gerieten sie in die soziale und später auch institutionelle Abhängigkeit von Ärzten. Da das kollektive Wissen der Frauen in diesem Prozeß immer weiter verloren ging, unterlagen sie allgemein einer Situation der Unmündigkeit und Abhängigkeit von Experten. Das Wissen der Hebammen und anderen Frauen wurde nicht einfach überlagert oder verdrängt durch ein »besseres« oder kenntnisreicheres der Mediziner. Es wurde regelrecht disqualifiziert, occupiert und zensuiert.[29] Dieser Prozeß wird von mir untersucht, denn er birgt Erinnerungen, die Aufschluß geben können über die Genese aktueller Probleme. „In den spezialisierten Bereichen der Gelehrsamkeit wie auch im disqualifizierten Wissen der Leute schlummert die Erinnerung an die Zusammenstöße, d.h. eine Erinnerung, die bis dahin nur am Rande existieren durfte." (Foucault 1978, S. 61)

Die sich unterscheidenden Wissensarten von Arzt und Hebamme und ihre Kollisionen werden von mir nicht aufgedeckt um eine Wahrheit freizulegen, die in ihrer Reinform nicht existieren kann, sondern um zu verstehen, welche sich verändernden Machtverhältnisse den heutigen Diskurs ermöglichen. Dieser nämlich baut ja hauptsächlich auf der Überzeugung auf, die Medizin habe die Geburtshilfe qualitativ gehoben, wobei das hervorstechende Qualitätsmerkmal die »Sicherheit« ist. Aus diesem Grunde

[29] Zensuiert wurde vor allem Wissen zu Verhütungs- und Abortmitteln. „Sie [die moderne Medizin] hat sowohl die Mittel zur Abtreibung an sich gezogen, als auch zugleich durch die wissenschaftliche Embryologie das Dogma vom »Leben des Kindes« unmittelbar nach der Empfängnis möglich gemacht und moralisch verfochten." (Duden 1980, S. 111 f.)

habe sich die Geburt schließlich zu 99 % in Kliniken und Krankenhäuser verlagert, da hier das Risiko minimiert werde. Das Warnwort »Sicherheit« weist meines Erachtens auf die Machtform hin, die Foucault Bio-Macht nennt. Foucault erklärt sich durch die Durchsetzung dieser neuen, auf das Leben gerichteten Macht die „Disqualifizierung des Todes" (Foucault 1986, S. 165). Im Gegensatz zur souveränen Macht, deren implizite Todesdrohung das Machtverhältnis zwischen Souverän und Untertanen stabilisierte, ist die moderne Macht auf das Leben und seinen ganzen Ablauf gerichtet: „der Augenblick des Todes ist ihre Grenze und entzieht sich ihr [der Macht]; er wird zum geheimsten, zum »privatesten« Punkt der Existenz." (Ebd.) Foucault folgert, die Tatsache, daß unsere Gesellschaft dem Tode ausweicht, habe nicht mit einer kollektiven Angst vor ihm zu tun, sondern damit, daß er aus den herrschenden Machtprozeduren herausfällt, die eben auf das Leben gerichtet sind.
Die aktuelle Diskussion in der Geburtshilfe vollzieht sich meiner Meinung nach innerhalb dieser modernen Machtverhältnisse - eine Tatsache, die besonders deutlich in einer bestimmten Argumentationsstrategie beider Parteien zu Tage tritt. Sie bezihen sich nämlich, wie ich bereits gezeigt habe, jeweils auf das Recht des ungeborenen Kindes auf einen unversehrten Lebensbeginn und - im Gegenzug - auf das Recht der Frau auf eine selbstbestimmte Geburt. Damit läuft die Diskussion in eine Sackgasse, denn es stehen sich zwei Rechtsträger unversöhnlich gegenüber, ohne jedoch aus dem medizinischen Diskurs herauszutreten. Foucault hält dies für eine absolut wirkungslose Kampfstrategie, denn für ihn sind das Recht der Souveränität und die Mechanismen der Disziplinen (z.B. der Medizin) wesentliche, konstitutive Bestandteile der allgemeinen Machtmechanismen in unserer Gesellschaft (Foucault 1978 c, S. 95). Mit einem Recht zu argumentieren und sich dabei auf ein „klinisches Wissen" (ebd.) zu berufen, tritt aus den gegenwärtigen Machtverhältnissen nicht heraus, was eine generelle Problematik des Widerstandes ist: „...vor dem analytischen Hintergrund des Macht-Wissen-Komplexes besteht die Möglichkeit, daß eine Befreiungsbewegung (...) mit ihren Diskursen, als ein ideales Instrument zur Etablierung, Hervorbringung bzw. zur Verfestigung der Macht funktioniert, obwohl sie subjektiv für die Individuen als Widerstand erscheint." (Bührmann 1995, S. 21)
Ich halte es daher für sinnvoll, die gegenwärtige Auseinandersetzung vor dem Hintergrund vergangener Ereignisse zu betrachten. Damit ahme ich ein methodisches Vorgehen nach, dessen sich Foucault selbst bediente, nämlich das der *Genealogie.* Dies ist ein historisches Verfahren, welches nicht nach notwendigen und folgerichtigen Entwicklungen sucht, welche zu gegenwärtigen Verhältnissen geführt haben, sondern den diskontinuierlichen Prozeß, in dem Diskurse und Machtkonstellationen entstehen, nachverfolgt. Für Foucault ist die Genealogie eine Methode der „Verbindung zwischen gelehrten Kenntnissen und lokalen Erinnerungen, die die Konstituierung eines historischen Wissens der Kämpfe ermöglicht sowie die Verwendung dieses Wissens in den gegenwärtigen Taktiken." (Foucault 1978 b, S. 62)
Die Aufgabe der Genealogie ist es, moderne Macht und ihren Zusammenhang mit bestimmten Wissensformen zu untersuchen (Kögler 1994, S. 81). Die Beziehungen

zwischen Macht und Wissen dürfen jedoch nicht von einem „Erkenntnissubjekt" aus analysiert werden, denn das Subjekt und seine Erkenntnis sind für Foucault jeweils Effekte dieser Beziehungen (Foucault 1992, S. 39). Indem ich die historische Entwicklung der Geburtshilfe nachzeichne, versuche ich also herauszuarbeiten, welche Machtverhältnisse es ermöglichten, daß die Medizinwissenschaften über-haupt in den Frauenraum um die Geburt eindringen konnten. Damit will ich aber nicht sagen, daß Ärzte das schon immer gewollt haben, und nur auf eine Gelegenheit warteten, ihr Anliegen durchzusetzen, oder daß sie mit ihrem Verhalten Frauenkörper kontrollieren und Hebammen aus der Geburtshilfe verdrängen wollten. Kögler macht auf die Gefahr einer solchen Sichtweise aufmerksam: „Geschichtliche Erfahrungen (...) dürfen nach Foucault nicht aus der Perspektive eines sich selbst gewissen und autonomen Subjekts betrachtet werden. Auf diese Weise reduziert man nämlich die Widersprüchlichkeit und Komplexität des Geschehens, und man ignoriert die Abhängigkeit des Subjekts von einem historischen Prozeß, den es keineswegs souverän beherrscht." (Kögler 1994, S. 30)
Die genealogische Methode kann außerdem dazu beitragen, einen „Gegendiskurs" (Bührmann 1995, S. 216) zum etablierten und als wahr anerkannten Diskurs zu formieren. In diesem Sinne kann die Genealogie auch als mögliche Widerstandsform begriffen werden.
Im III. Kapitel untersuche ich den historischen Prozeß daraufhin, welches Wissen und welche Praktiken dabei halfen, einen wissenschaftlichen geburtshilflichen Diskurs zu etablieren und wie dieses Wissen mit Macht verwoben ist.[30] Ich kann dabei nur aufzeigen, *welche* Verknüpfungen dieser beiden Elemente im Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung von Bedeutung gewesen sein müssen. Die vollständige Analyse des Komplexes liegt über den Möglichkeiten dieser Arbeit, sie kann höchstens als Vorlage für eine solche Analyse dienen.
Der Ansatz Foucaults ist für mich Hilfe und Herausforderung zugleich, denn er geht nicht von einem Subjekt der Macht aus und vermeidet es, simple Opfer- und Tätermuster zu diagnostizieren. Diese Art von Muster träfe zumindest auf heutige Machtverhältnisse in der Geburtshilfe ohnehin nicht zu. Mediziner wie Laien sind in Diskurse verstrickt, die die gesamte Gesellschaft durchziehen und die nicht monokausal erklärt werden können. Natürlich verfolgen alle Beteiligten spezifische Interessen, z.B. professionelle, statusbedingte, ökonomische oder emotionale. Man kann daraus aber nicht schließen, daß »die« Macht von einer bestimmten Profession oder einer bestimmten Gruppierung ausgeht. Wenn ich den Foucaultschen Gedanken ernst nehme, geht sie auch nicht von einem Geschlecht aus.
In der feministischen Rezeption Foucaults stellt Kögler vier Linien fest, die sich von anderen feministischen Ansätzen unterscheiden:

30 „Die politische Besetzung des Wissens erfolgt ja nicht bloß auf der Ebene des Bewußtseins und der Vortsellungen und in dem, was man zu wissen glaubt, sondern auf der Ebene dessen, was ein Wissen ermöglicht." (Foucault 1992, S. 239)

1. Die feministische Machtkritik stützt sich nicht auf eine „Identität der Frau", sondern analysiert konkret solche Praktiken, die Handlungsspielräume von Frauen einschränken (Kögler 1994, S. 197) und diese Identität hervorbringen.
2. Die Kritik wird aus diesem Grunde auch nicht von einem „Kollektivsubjekt »Frau«" ausgeübt. Sie geht aus „von den vielfältigen Positionen der realen Frauen in allen Klassen, Kulturen und Professionen." (Ebd., S. 198)
3. Es wird nicht von einer „Theorie des Patriarchats" (ebd.) aus operiert, welche das Machtsubjekt „Mann" voraussetzt.
4. „Der Kampf für die »Befreiung der Frau« wird nicht, jedenfalls nicht gezielt, im Vokabular von universalen Rechten geführt." (Ebd.)
Das von mir herangezogene historische Material birgt den »Makel«, daß bestimmte Gruppen geschlechtlich festgelegt sind, denn sowohl Hebammen als auch Gebärende sind ausschließlich Frauen, Mediziner sind hingegen ausschließlich Männer. Aus den gesammelten Fakten geht aber nun einmal ein Prozeß hervor, der zeigt, daß sich Männer ein Gebiet angeeignet haben, welches ehemals von Frauen besetzt war. Daß diese Positionen feststehen, läßt sich nicht leugnen, es kann aber vermieden werden, voreilige normative Schlüsse daraus zu ziehen. Die Fakten sollen für sich sprechen, bzw. aus ihrer Analyse sollte sich ein Bild ergeben, das differenziertere Perspektiven öffnet.

II. Der Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung

1. Kontrolle und Reglementierung von Hebammen und Frauengemeinschaft durch kirchliche und gesetzliche Verordnungen

1.1. Die Frauengemeinschaft und die Person der Hebamme

Ende der 80er Jahre unseres Jahrhunderts erzählt Elisabeth Ganser, einundachtzig Jahre alt und Hebamme in Niederbayern:

> „War der Mann zur Hebamme unterwegs, gab es in jedem Dorf eine Frau, die so lange bei der Gebärenden blieb, damit sie nicht allein war, wenn etwa das Kind schon kam. Meine Mutter erzählte oft: »Die Bergschusterbäuerin hat euch alle auf die Welt gebracht, denn bis der Vater mit der Hebamm gekommen ist, wart ihr schon da.« Die Bergschusterbäuerin war unsere Nachbarin. Sie ging auch zu anderen Frauen als Ersatz für die Hebamme zur Geburt und hat es sehr geschickt gemacht - (...) Wenn die Bergschusterbäuerin selbst wieder so weit war, ging meine Mutter zu ihr." (Grabrucker 1989, S. 122)

Frau Ganser spricht hier von einer Geburtshilfe zwischen Nachbarinnen, wie sie anscheinend noch um die Wende des 20. Jahrhunderts in abgelegenen Dörfern praktiziert wurde. Damit hat sich eine Form der Hilfeleistung erhalten, die es bereits gab, bevor von einem Beruf der Hebamme gesprochen werden konnte. Die obenstehende Beschreibung könnte so gesehen auch aus dem 15. Jahrhundert stammen, einer Zeit, mit der meine Untersuchung des Geburtshilfewesens beginnt.
Die Geburt eines Kindes war zu jener Zeit ein öffentliches Ereignis. Alle verheirateten Frauen eines Dorfes nahmen Anteil daran, sie waren verbunden in einer „verläßlichen Not- und Festgemeinschaft" (Labouvie 1992, S. 481). Geburtshilfe war somit ein solidarischer Akt unter Betroffenen, die dazu notwendigen Kompetenzen wurden in der Praxis erworben, d.h. durch „Gebären und Zuschauen" (Böhme 1980, S. 35). Geburt war absolute Frauensache[31] und - wie bereits oben angedeutet - keine intime Familienangelegenheit, sondern ein öffentliches Ereignis, an dem mehrere Frauen (meist etwa fünf bis sieben Nachbarinnen und Freundinnen) teilnahmen (Labouvie 1992, S. 495).
Sie kamen, um der Gebärenden beizustehen, mit ihr zu warten, Hilfsarbeiten zu übernehmen, aber auch, um anschließend mit ihr die Geburt des Kindes zu feiern. Diese »Kindbettfeste« müssen häufig wüste Trink- und Freßgelage der Frauen gewesen sein, denn sie waren schnell das Ziel obrigkeitlicher Bestimmungen. Eine Bamberger Ordnung von 1418 verbietet den Kindbetthof vollends, eine Frankfurter Bestimmung aus dem 15. Jahrhundert verfügt, ein gemeinsames Mahl der Frauen sei

[31] Jaques Gélis 1989: „In den meisten Fällen war (..) der Mann bei der Geburt nicht dabei, und seine Anwesenheit war auch gar nicht erwünscht. Wenn er zugegen war, dann handelte es sich meist um eine besonders schwere oder tragische Entbindung; seine Anwesenheit war daher meist ein ungutes Zeichen." (S. 161)

nur am ersten und am letzten Tag des Kindbettes erlaubt (Bitter 1990, S. 152). „In (..) Städten wie Zittau, Wimpfen und Nürnberg wurde die Zahl der Frauen, die an den Festen teilnehmen durften, beschränkt." (Scherzer 1988, S. 39)
Bettina Bitter und auch Silvia Becker u.a. zitieren die folgende Beschreibung eines solchen Festes von Will-Erich Peuckert:

> „In früheren Zeiten waren die Frauen, wenn einer ein Kind geboren worden war, wie rasend. Je wahnsinniger sie sich benahmen, desto besser. Die Nachbarinnen des Hauses, in welchem das Kind zur Welt gekommen war, liefen im Ort herum und rissen den Frauen, denen sie begegneten, die Hauben ab, und ebenso den Männern die Hüte, die sie zerfetzten und mit Kot vollfüllten; dann tanzten sie wie Besessene mit jedem, den sie erwischen konnten, ..." (Becker 1977, S. 89 und Bitter 1990, S. 150-152).[32]

Bei diesen Kindbettfesten erfolgte auch die rituelle Aufnahme jungverheirateter, noch kinderloser Frauen (Labouvie 1992, S. 500). Erst nach dieser Aufnahme war die junge Frau berechtigt, bei Geburten als Helferin anwesend zu sein. Die Gemeinschaft erwartete von ihr „nachbarschaftliche Hilfe, Vertrauen und einen Beitrag zum Erhalt der Dorfbevölkerung." (Ebd., S. 501)
Wie kristallisierte sich nun unter den Helfenden eine heraus, die als »Hebamme«[33] bezeichnet werden kann?
„Aus den erfahrenen Frauen, die sich gegenseitig Hebammendienste leisteten, heben sich naturgemäß einige heraus, die als besonders erfahren gelten und denen die anderen besonderes Zutrauen entgegenbringen. Sie gelten dann als weise Frauen, als *sage femme*, - einer der ältesten Ausdrücke für die Hebammen." (Böhme 1980, S. 35, Hvg. i. Orig.)
Eine weise Frau hatte demnach kein Wissen, das die anderen nicht auch besaßen, sie war vielleicht einfach nur geschickter und erfahrener als jene. Deshalb bezeichnet Böhme sie als „Expertin der Lebenswelt" (Böhme 1980, S. 32). Lebensweltliches Wissen wird von Böhme als solches Wissen verstanden, „aufgrund dessen wir die Lebensvollzüge unserer Alltagswelt selbständig bewältigen können." (Ebd., S. 30)
Alle Frauen konnten die Lebensvollzüge um die Geburt meistern, aber die »weise Frau« bewies das größte Geschick. Ihre Tätigkeit war jedoch keine berufliche im modernen Sinne, sondern war nach dem Modell der Hausfrauen- und Bauerntätigkeit aufgebaut: Sie war zentriert auf familiäre, dörfliche und andere kleinere Gruppen in ihrem nahen Umkreis, basierte auf mündlicher Kommunikation, „individueller Erfahrung und geltenden Regeln" (Fischer-Homberger 1988, S. 45). Hebammen wurden oft Frauen, deren Mutter als solche tätig war. Sie gingen mit ihr, assistierten ihr viele Jahre und wurden schließlich selbst häufiger gerufen. Aber auch Frauen, die

---

[32] Eine ähnliche Überlieferung aus dem Südjütland des 16. Jahrhunderts findet sich bei Heinsohn / Steiger 1989, S. 83 f.

[33] Das Wort „Hebamme" entwickelte sich aus dem althochdeutschen *hevianna, hefianna* oder *hevanna; hevi* =heben und *ana* = Mutter, Ahne. (Schmitz 1994, S. 21)

aus anderen Gründen viele Erfahrungen auf dem Gebiet der Geburtshilfe sammeln konnten, nahmen den Platz der Hebamme ein (z.B. Böhme 1980, S. 40 und Gélis 1989, S. 164). Ganz junge Frauen waren selten Hebammen. Normalerweise waren sie verheiratet oder verwitwet, kinderreich und meist älter als 50 Jahre (Labouvie 1992, S. 482).
Die Hebamme hatte in der Frauen- und Dorfgemeinschaft eine zentrale Position inne: „Als Vertrauensperson war sie nicht nur die Leiterin der Geburten, sondern auch die Anführerin der rituellen Frauengemeinschaft, die sich über das Ereignis der Geburt ständig neu konstituierte." (Labouvie 1992, S. 502)[34]
Da sie keinen Beruf ausübte, der ganz bestimmte Tätigkeiten und Entlohnung für diese vorgesehen hätte, war eine Hebamme oft auch mit anderen Aufgaben betraut. Sie genoß über die Frauengemeinschaft hinaus Respekt, der allerdings von Widersprüchen gezeichnet war.
„Da die Hebammen ihre Arbeit meist mit viel Anteilnahme verrichteten, fragte man sie bei allen möglichen Leiden um Rat, die gar nicht in ihr Fach gehörten. Sogar Männer kamen zu ihr." (Gélis 1989, S. 174)
Maria Horner berichtet über ihre Großmutter, die Ende des 19. Jahrhunderts Hebamme war wie sie selbst: „Bei Tanzveranstaltungen und anderen Festen saß sie oft mit den Männern am Tisch,...". Sie werde nie vergessen „wie die Großmutter als einzige Frau zwischen den Männern saß und mit ihnen redete." (Horner 1985, S. 22)
Widersprüchlich war die Position der Hebamme insofern, als sie durch den Umgang mit Wöchnerinnen wie diese als „unrein" galt und oft gleichzeitig das Amt der Totenwäscherin bekleidete, was die zwar respektvolle, aber ambivalente Haltung ihr gegenüber förderte (Labouvie 1992, S. 503 und Gélis 1989, S. 174). Sie stand also am Anfang und am Ende des Lebens, verkörperte - wie jede Frau - die „Ambivalenz ihres »Bauches«, jenes Bauches, der im Schnittpunkt der Verbindungslinien zwischen Leib und Makrokosmos steht, zwischen Werden und Vergehen hier wie dort." (Duden 1987, S. 20)
Die Weitergabe frauenheilkundlichen Wissens geschah mündlich und ausschließlich unter Frauen, in klerikalen handschriftlichen Überlieferungen ist deshalb davon nichts zu finden (Becker 1977, S. 88). Andere volksmedizinische Wissensinhalte wurden von Mönchen bereits im frühen Mittelalter gesammelt und niederge-schrieben. Das was die Kleriker über Medizin wußten, wußten sie also vom Volk und aus antiken und arabischen Quellen (Bitter 1990, S. 138).

---

34 Bräuche und Rituale um die Geburt werden von Labouvie (1992, S. 501/502) beschrieben; Loux 1980, S. 84 - 88 berichtet ebenfalls darüber. Gélis (1989, S. 224 - 230) schildert eine Osmose von christlichen und traditionellen Praktiken : Da sich die Bräuche häufig aus sogenannten heidnischen Glaubensquellen speisten, waren sie von der Kirche nicht gerne gesehen. Die Hebammen, als besonders »Eingeweihte« wurden auch besonders angegriffen.

1.1.1. Kirchliche Eingriffe in die Frauengemeinschaft und in die Tätigkeit der Hebemütter

Das Wissen um den Reproduktionsbereich verlieh den Frauen eines Dorfes oder einer Gemeinde die nahezu uneingeschränkte Macht über diesen Teil des Lebens. Da Männer bei einer Geburt nicht zugelassen waren, hatten sie wenig Einflußmöglichkeiten in diesem Bereich. Ob ein Kind tot zur Welt gekommen, während oder kurz nach der Geburt gestorben war, blieb ein Geheimnis der dunklen Geburtskammer und der an der Geburt beteiligten Frauen. Ebenso unklar waren die Methoden von Verhütung und Fruchtabtreibung. Heilkundige Frauen wußten auch hier die richtigen Kräuter und Tinkturen anzuwenden. Vor allem den Kirchenmännern waren diese dubiosen Verhältnisse ein beständiges Ärgernis, sie und besonders die volksreligiösen Bräuche, die sich um die Geburtshilfe rankten, waren Anlaß für die Kirche, sich in den tabuisierten Frauenraum einzumischen: „Da Medizin und Religion damals noch eine Einheit bildeten, war wegen der fehlenden medizinischen Einmischung auch der religiöse Einfluß nicht sicher gestellt. Die Frauen konnten sich hier sehr gut kirchlichen Geboten und Anschauungen entziehen. Es herrschte hier ein unreglementiertes Leben - »religiöse Verwahrlosung«." (Grabrucker 1989, S. 206)
1310 beschließt das Konzil zu Trier, Hebammen die Nottaufe vornehmen zu lassen (Grabrucker 1989, S. 206). In diesem Beschluß wird festgesetzt, daß die Hebammen, sofern eine Geburt nicht beendet werden kann, den Kopf des Kindes zu taufen haben (Gubalke 1964, S. 62). Die Kirche war gezwungen, den Ammen dieses Privileg zu übertragen, weil kein männlicher Priester zum Geburtsgeschehen zugelassen worden wäre, denn auch für Kleriker gab es hier keine Ausnahme.
Die Rettung der kindlichen Seele war aber ein wichtiges Anliegen der Kirche und so blieb nur dieser Ausweg. Bereits 1233 und 1277 verpflichteten die Synoden (bspw.) von Mainz und Trier die Priester, den Hebammen Taufunterricht zu geben (Gubalke 1964, S. 62). „Um die Wende des 14. Jahrhunderts scheinen die den Hebammen von der Kirche auferlegten Pflichten mitunter wichtiger gewesen zu sein als ihre geburtshilfliche Arbeit. Die Kontrolle der Taufe war zugleich auch die der Gläubigkeit, an der die Kirchenbehörden im Hinblick auf die latente Ketzerei großes Interesse hatten." (Gubalke 1964, S. 63) Indem sie den Frauen diese „quasi theologische Rolle" (Ackerknecht 1974, S. 185) auferlegten, konnten sie sie gleichzeitig an ihre Regeln binden und überwachen. Eine Verweigerung der Taufpflicht wurde als Ketzerei bestraft (Birkelbach 1981, S. 94).
Auch an den Aufgaben, die die Hebammen auf den sogenannten Sendgerichten zu erfüllen hatten, läßt sich ihre zwiespältige Position zeigen. Dies waren geistliche Gerichte, die vom Bischof alljährlich in den Urpfarreien seines Bistums abgehalten wurden (Gubalke 1964, S. 63). Der Sendzeugeneid der „Weißfrauen" der Stadt Aachen (1537) verpflichtet letztere zu uneingeschränkter Kirchentreue:

> „Alle Tage, solange ich eine Weißfrau bin, soll ich meinem Herrn Proffion (Pfarrer) getreu und hold sein und alle heimlichen Kinder, die im Querspiel gemacht sind, die soll ich meinem Herrn Proffion und der heiligen Send ansagen und

keine außerhalb der Stadt Aachen noch anderswo hin zur Taufe tragen, als nur zur St. Johannes Tauf."[35]

Die Hebammen waren als Zeuginnen gezwungen, gegen die Frauen auszusagen, denen sie geholfen hatten, wenn diese ihr Kind unehelich zur Welt brachten, oder wenn sie versucht hatten, es abzutreiben. Darüberhinaus wurden sie von der Kirche verpflichtet, den ledigen Kreißenden den Namen, Stand und Wohnort des Vaters abzupressen, bevor sie ihnen beistanden (Birkelbach 1981, S. 94). Diese Praktiken vertrugen sich gar nicht mit der Vertrauensstellung der Hebammen und wurden von ihnen deshalb wohl auch wenig angewandt (Labouvie 1992, S. 498).

1.2. Besondere Gefährdung der Hebammen während der Hexenverfolgungen

Trotz des Verbots der Kirche verabreichten die Hebammen den Frauen bei der Geburt schmerzstillende Mittel oder Kräuter zur Empfängnisverhütung und Abtreibung (Becker 1977, S. 92). Dies ist eine der Tatsachen, die sie während der Hexenverfolgungen zu einer besonders gefährdeten Personengruppe werden ließen. Sie waren insbesondere von zwei Vorwürfen betroffen, die über die hinausgingen, die anderen Hexereiverdächtigen gemacht wurden:

„Sie töteten Kinder, entweder durch Abtreibung oder unmittelbar nach der Geburt, und bevor sie getauft sind. Oder aber sie weihen das Neugeborene dem Fürsten der Dämonen, (...)." (Scherzer 1988, S. 34)

Papst Innozenz VIII., der 1484 seine Hexenbulle veröffentlichte, betonte, daß sich die Hebammen besonders dieser Vergehen schuldig machten. Aus dem heutigen Blickwinkel ist es relativ leicht, den Vorwurf der Kindstötung nachzuvollziehen. Was es jedoch mit dem der „Dämonenweihung" auf sich hat, erscheint rätselhaft und irrational. Ich erwähnte bereits Rituale und Bräuche, die sich um die Geburt rankten und deren Herkunft sich nicht auf christliche, sondern vorchristliche Wurzeln zurückführen läßt. Götter oder Wesen, die nicht aus der christlichen Tradition stammten, galten als Teufelswesen und Dämonen. Im „Hexenhammer" (siehe Anm. 8) wird die folgende Szene beschrieben:

„Denn wenn sie die Kinder nicht töten, dann tragen sie, gleich als wollten sie etwas besorgen, die Kinder aus der Kammer hinaus, und sie in die Luft hebend opfern sie dieselben den Dämonen." (Sprenger/Institoris 1983, S.159; zit. nach Bitter 1990, S. 160)

Ein ähnlicher Vorwurf findet sich im Zusammenhang mit der Erwärmung des Kindes am Feuer. Scherzer vermutet folgende Ursache: Nach der Geburt kühlt der Körper des Kindes rasch aus, weshalb es schnell an einen warmen Ort gebracht werden muß. Dieser warme Ort ist entweder die Sonne (weshalb die Hebammen die Kinder in die Luft heben) oder das Herdfeuer. Nicht aber die Erwärmung des Kindes ist das Problem. „Dieser Sinn und Zweck war auch den Verfassern des Hexenhammers bekannt.

---

35 Bitter 1990, S. 161, zitiert Elseluise Haberling, *Beiträge zur Geschichte des Hebammenstandes 1*, Berlin 1940, S. 21.

(...) Anzunehmen ist, daß die Ritualisierung des Vorgangs in natur-magischen Praktiken Stein des Anstoßes für die Verfolger war." (Scherzer 1988, S. 35)
Auch Becker sieht die „magische Wissenschaft" der weisen Frauen nicht in der Tradition christlichen Glaubens, sondern im Zusammenhang mit älteren „Naturdämonen" (Becker 1977, S. 94). Vorchristliche, magische Praktiken aber waren Zauberei. „Materialien" für solche Zauberei, wie Plazenta, Nabelschnur und Neugeborenenschmalz waren für Hebammen besonders gut zugänglich (Ackerknecht 1974, S. 184/185). Unter der Folter gestand eine Frau, sie sei von ihrer Tante geschlagen worden, weil sie einen versteckten Topf geöffnet habe, in dem sich Kinderköpfe befunden hätten, so jedenfalls berichtet der „Hexenhammer" im zweiten Kapitel des zweiten Buches (Scherzer 1988, S. 32).
Der Zorn der Kirche richtete sich gegen die alte Religion, die wohl nicht so schnell und vollständig verdrängt werden konnte: „Mönche, Gelehrte und Juristen bauten den Irrwahn eifrig aus, der sich gegen die Gottheiten der alten Germanen richtete: die einst den Gebärenden so freundlichen Berchta, Hulda und Freya schleppten nun im wilden Heere Wotans ungetauft verstorbene Kinder mit, um sie zu fressen." (Gubalke 1964, S. 67) Aber der Argwohn des angesprochenen Personenkreises war durchaus kein Irrwahn, denn die alten Götter waren im Volk präsent, vor allem dort, wo geheilt und gekurt wurde (Becker 1977, S. 84).
Zwei Punkte, die mir in diesem Zusammenhang wichtig sind, möchte ich festhalten.
1. Die Verfolgung und Reglementierung von Hebammen richtete sich gegen Frauen, aber nicht einfach weil sie Frauen waren, sondern weil sie einen wichtigen gesellschaftlichen Bereich kontrollierten und bestimmten. Deshalb sind die Maßnahmen auch nicht als irrationale Frauenfeindlichkeiten zu betrachten, sondern als Interessenverwirklichung vor allem einer politisch einflußreichen Institution, nämlich der christlichen Kirche. Diese Gruppe vertrat mit ihrer Lehre allerdings ein negatives Frauenbild, war jedoch nicht hauptsächlich daran interessiert dieses, sondern die gesamte Lehre im Volk durchzusetzen. Aussagen wie „Wenn sich eine Frau anmaßt zu heilen, ohne studiert zu haben, ist sie eine Hexe und muß sterben"[36] lassen sich folgendermaßen aufschlüsseln:
Bereits in der Einleitung habe ich versucht zu belegen, daß die Volksärzte vermehrt Frauen waren. Sie konkurrierten nicht nur mit u.a. akademischen und anderen Ärzten (z.B. den Chirurgen), sondern benutzten Heilmethoden, die aus anderen Glaubenstraditionen herrührten. Solche anderen Methoden aber waren Zauberei, also hexereiverdächtig und ketzerisch. Es ist bereits angeklungen, daß sich auch Mönche und Gelehrte nicht auf eine wahrhaft christliche Heiltradition berufen konnten. Die volksmedizinischen Praktiken wurden von ihnen jedoch einfach mit ihrem Glauben »unterfüttert«. Es waren nun nicht mehr die Naturgottheiten die Schutzpatronen der Heilpflanzen, sondern christliche Heilige (Bitter 1990, S. 138). Eine Frau, die studiert hätte, würde sich christlich untermauerter Heilmethoden bedient haben. Selbstverständlich war es den Frauen jener Zeit nicht erlaubt zu studieren. Übersetzt in

---

[36] Grabrucker, S. 209, zitiert E. Wisselink, *Hexen*. München 1986, S. 37.

diesem Sinne, heißt das Zitat: Jede Frau, die heilt, ist eine Hexe. Eigentlich ist aber gemeint: Jede Frau, die nicht im Sinne der christlichen Weltanschauung heilt, ist eine Hexe.

Wo der feine Unterschied zwischen bloßem Frauenhaß und den wirklichen Motivationen der Kirche liegt, macht die Feststellung von Becker über die Äbtissin Hildegard von Bingen deutlich: „Hildegard war durch ihre Visionen eine Seherin, durch ihrc Wunderheilungen eine göttliche Zauberärztin, (...). (...) Weil sie aber ihr Handeln im Rahmen christlichen Glaubens vollzog und ihre Fähigkeiten als von Gott gegeben angesehen wurden, wurde sie konsequenterweise von der Kirche heiliggesprochen. Hätte Hildegard außerhalb des »göttlichen Bezugsrahmens« die gleichen Wunder vollbracht, wäre sie wahrscheinlich mit der gleichen Konsequenz von der Kirche als Ketzerin verdammt worden." (Becker 1977, S. 101)

Inwiefern die Verfolgung von Hexen dennoch mit dem weiblichen Körper als Symbolträger zusammengehangen haben könnte, schildert Barbara Duden. Die Verbindung zwischen Körper und magischem Spruch, die Macht zu verderben und zu beleben, die sich in der Periodizität und Fruchtbarkeit des Frauenkörpers widerspiegelt, „werden von nun an nicht mehr nur als unheimliche Vollmachten hingenommen, sondern als Bedrohung der institutionellen Definitionsmacht gesehen und verteufelt." (Duden 1987, S. 20)

2. *Die Hebammentätigkeit war nicht notwendig mit Hexereiverdacht belegt* in dem Sinne, daß „eine entsprechende Berufszugehörigkeit zur Hexenanklage genügt hätte, (...)" (Labouvie 1991, S. 182). Dies weist Labouvie 1991 nach. In ihrem Untersuchungsgebiet, dem Saarraum, Lothringen und anderen angrenzenden Gebieten, konnte sie in über 500 Hexenprozessen keinen Fall einer als Hexe hingerichteten Hebamme finden, dafür aber solche Fälle, in denen Hebammen wegen »magischer« und »abergläubischer« Handlungen belangt wurden.

Nicht nur die Ergebnisse von Labouvie sprechen gegen die These von Gunnar Heinsohn und Otto Steiger, Opfer der Hexenverfolgungen seien hauptsächlich Hebammen gewesen, da diese den bevölkerungspolitischen Absichten der Obrigkeit (und der Kirche, diesmal als ökonomisch orientierter Interessengruppe) mit ihren Antikonzeptiva und abtreibenden Mitteln im Wege gestanden hätten. Nach einhelliger Meinung der meisten anerkannten Hexenforscher ist diese These unhaltbar.[37]

Die Zeit der beginnenden Hexenverfolgungen fällt mit den ersten städtischen Hebammenordnungen zusammen (15. Jahrhundert), ihre schärfste Phase datiert ein Jahrhundert später.[38] Die Ordnungen entstanden aus Gründen, die nichts mit der Verfolgung von Ketzern zu tun hatten, dennoch ist aus dem Inhalt vor allem der

---

37 So jedenfalls sieht es Andreas Blauert, Historiker an der Universität Konstanz und Mitglied des „Arbeitskreises Interdisziplinäre Hexenforschung", in einem Überblicksartikel in der Frankfurter Rundschau vom 31. 7. 1990: *Von weisen Frauen und der Reise in die Welt der Toten. Themen und Stand der gegenwärtigen Hexenforschung in der Bundesrepublik.*

38 Im Jahr 1484 erscheint das Buch *Der Hexenhammer* der beiden päpstlichen Inquisitoren und Dominikanermönche Sprenger und Institoris, das die Hebammen als besonders zu verfolgende Gruppe hervorhob (Grabrucker 1989, S. 204).

späteren Erlasse erkennbar, wie groß die Sorge vor unchristlicher Handhabe der Geburt war. Aus ihnen wird ebenfalls ersichtlich, welches spezifische Interesse die Kirche an einer Ordnung hatte, das über das allgemeine Interesse daran hinausging bzw. unverkennbar damit zusammenhing. Ansonsten lassen sich die Hebammenordnungen im Zusammenhang mit allgemeinen Tendenzen der Zeit betrachten. „Die Hebammeneide und -ordnungen sind typisch für die spätmittelalterlich-frühneuzeitliche Tendenz zur Verfestigung der Normen, zu ihrer Festlegung in Gesetzen und Vorschriften.[39] Sie sind Teil der flächendeckenden sozialen Reglementierung und Kontrolle der puritanisierten Alltagsethik der Frühmoderne." (Bitter 1990, S. 159)
Das Interesse der Kirche, die alte Volksreligion auszuschalten und das der Ärzte, sich einen Platz im Gesundheitswesen zu sichern, konnte mit Hilfe der Hebammenordnungen gefördert werden.

1.3. Die Hebammenordnungen

1.3.1. Interessen einzelner Beteiligter an einer Ordnung

Als die erste Hebammenordnung wird die der Stadt Regensburg aus dem Jahre 1452 benannt. [40] In ihr werden die Pflichten und Aufgaben der Hebammen genauestens fixiert, sie lenkt den Beruf in einen zunftähnlichen Stand (Schmitz 1994, S. 22). Nachfolgende, immer strengere Verordnungen, reglementierten die Ammen in bis dahin unüblicher Perfektion, eine Tendenz, die sich bis zur Jahrhundertwende verstärkte: in bestimmten Städten durften nur noch die vom Rat der Stadt legitimierten Hebammen von den Gebärenden hinzugezogen werden, auf dem Land hingegen ließen sich solche Bestimmungen lange nicht durchsetzen (Schmitz 1994, ebd.). Die Mehrzahl der Ordnungen entstand überhaupt erst im 16. Jahrhundert, sie hatten alle die strengeren Regeln als Grundlage (Grabrucker 1989, S. 213).
Für die Stadt Regensburg stellt Birkelbach fest, daß etwa zur gleichen Zeit, als die erste Hebammenordnung entstand, auch Verordnungen für Apotheker (1454) erlassen wurden (Birkelbach 1981, S. 92). Allgemein wird versucht, das Gesundheitswesen in den Städten neu zu ordnen.[41] „Bedingt durch die wirtschaftliche Krise und die Pestepidemie des 14. Jahrhunderts wurden in den deutschen Städten seit dem Spätmittelalter zunehmend Medizinalordnungen erlassen." (Leibrock-Plehn 1992, S. 27)
Es gibt aber noch einen anderen, wichtigeren Grund für städtische Ordnungen gerade im Gesundheitsbereich: „Der ökonomische Konkurrenzkampf führt dazu, daß die

[39] „Verrechtlichung: die zunehmend detaillierte Regulierung aller Lebensbereiche der modernen Gesellschaft durch neue, zusätzliche, ergänzende Rechtsnormen. Ursachen sind: beschleunigter sozialer Wandel, Pluralisierung und wachsende Komplexität der Gesellschaft (...)." (Hillmann 1994, S. 902 f.)

[40] Es wird vermutet, daß vor der Regensburger Ordnung eine möglicherweise verschollene Ordnung aus Nürnberg existierte. Dafür spricht, daß die Regensburger Ordnung mit der Hilfe einer Hebamme aus Nürnberg verfaßt wurde und daß in der Stadt Nürnberg seit 1442 alle Hebammen in ein „Ämterbüchlein" eingetragen wurden (Scherzer 1988, S. 41).

[41] „Territoriale Medizinalgesetze - anfangs im Rahmen von Kirchen- und Polizeiordnungen - gibt es erst seit dem 16. Jahrhundert." (Pulz 1994, S. 51)

Heilberufe durch den Rat genau gegeneinander abgegrenzt werden. Der Arzt darf keine Arzneien herstellen, der Apotheker darf nicht kurieren. Hier läßt sich auch die zunehmende Eingrenzung der Hebammentätigkeit einordnen. - Der Stadtarzt erhält die Aufsicht über die Apotheker, hat also die privilegierteste Stellung unter diesen Berufen." (Birkelbach 1981, S. 93) Der Stadtarzt war ein akademischer Mediziner[42], der bereits sehr viel früher eingesetzt wurde. Einer der ersten wird 1393 in einer Frankfurter Urkunde erwähnt (Becker 1977, S. 108). Sein Auftauchen hängt damit zusammen, daß die Landbevölkerung zu jener Zeit verstärkt in die Städte abwanderte (Scherzer 1988, S. 39) und für die zunehmende städtische Bevölkerung „ein geeigneter Modus für die Medizinversorgung gefunden werden mußte" (Becker 1977, S. 107).

Akademische Ärzte, allgemein Buchmediziner genannt, waren an der Neuregelung des Gesundheitswesens durch ihre privilegierte Stellung also maßgeblich beteiligt. Sie werden ihre Interessen gegenüber den anderen Berufsständen sicherlich zu ihrer Zufriedenheit durchgesetzt haben, denn auch sie standen ja nicht außerhalb jeder Konkurrenz. Tatsächlich endet die Hierarchisierung der Heilberufe mit den Stadtärzten an der Spitze (Birkelbach 1981, S. 96). Für unseren Zusammenhang besonders interessant ist, daß im Zeitraum der Entstehung der ersten stadtärztlichen Ämter Mitte des 14. Jahrhunderts, in städtischen Verordnungen Bestimmungen zu finden sind, die es Frauen untersagen, den Arztberuf auszuüben (Becker 1977, S. 108).[43] Bekannt geworden ist der Fall der Jacoba Felicie, einer unstudierten Ärztin, der sich allerdings etwas früher (1322) und in Paris zutrug. Jacoba wurde von der medizinischen Fakultät der Pariser Universität angeklagt, ärztliche Aufgaben zu übernehmen, da sie ihre Patienten von inneren Krankheiten und äußeren Abszessen heilte (Ehrenreich 1975, S. 23). Die Akademie gewann den Prozeß, denn so viele Erfolge Jacoba auch vorweisen konnte, gerade durch sie machte sie sich schuldig.

Das standespolitische Interesse der Akademiker wird von Fischer-Homberger (1976) für ihre Haltung gegenüber den anderen medizinischen Berufsständen verantwortlich gemacht.

Auch Chirurgen[44] war es möglich, als Wundenschauer oder als geschworene Chirurgen in städtischen Dienst zu gehen, ebenso wie den Hebammen, die bei gerichtlichen Fragen als Gutachterinnen hinzugezogen wurden (Fischer-Homberger 1988, S. 44). Beide Berufe aber sind sowohl von der Kirche[45] als auch von den

---

42 Vor der Gründung der ersten Universitäten im 14. Jh. konnte die Medizin als Wissenschaft nur im Rahmen der Kirche, d.h. in Klöstern, betrieben werden (Birkelbach 1981, S. 90 f.). Aber auch die Universitäten standen in der Tradition christlichen Glaubens, die Mediziner „neuerer Generation" waren also ebenfalls in gewissem Sinne Theologen (Ehrenreich 1975, S. 21).

43 Daß man nicht einfach ein Verbot gegen Unstudierte aussprach, muß verwundern. Offenbar wurde Heilen mit Frauen identifiziert, so daß man annahm, es seien vor allem Frauen, die den Akademikern »ins Handwerk pfuschten«.

44 Sie wurden zur Schmiedezunft gerechnet, da sie das Recht hatten, ihre Scheren und Messer selbst zu schleifen (Fischer-Homberger 1976, S. 1352).

45 Die an den Universitäten gelehrte Medizin stand unter dem kirchlichen Motto: „Der Kirche schaudert vor Blut" (Ecclesia abhorret a sanguine), weshalb die Gelehrten blutige Verrichtungen den Chirurgen und Badern überließen (vgl. Grabrucker 1989, S. 203/ Birkelbach 1981, S.9 / Schmitz 1994, S. 26).

Gelehrten verachtet worden, letztere diffamierten die Nichtakademiker als „Handwerkschirurgen" (Pulz 1994, S. 14). Das nützte den akademischen Ärzten jedoch für ihren Wohlstand wenig, denn die eigentlichen Volksärzte waren die LaienheilerInnen.

Gleichfalls von minderer Qualität war für die Gelehrten die Arbeit der Apotheker, die auf arabische Wurzeln zurückgeht, denn „die dahinterstehenden alchimistisch-magischen Systeme mussten dem Gläubigen zuwider, die Kenntnis der Gifte, Abortiva, Antikonzeptiva aber musste dem Verantwortlichen suspekt sein." (Fischer-Homberger 1976, S. 1355)

Bemerkenswert bei der Betrachtung der miteinander konkurrierenden Berufsstände ist erstens, daß der der Hebamme eine Menge mit den anderen, handwerklichen gemein hat, was die mißtrauische Beobachtung betrifft und zweitens, daß er im Grunde genommen alle Gesundheitsberufe in sich vereinigt. Hebammen konnten sowohl geschickte Chirurginnen sein als auch kräuterkundige Pharmazeutinnen (Becker 1977, S. 110). Ihre Kenntnisse der inneren Medizin werden den akademischen Ärzten, die ohnehin nur theoretisches Wissen vorweisen konnten, Konkurrenz gemacht haben. Durch ihre magischen Praktiken ersetzten sie sogar die Funktionen eines Geistlichen. Sie mußten durch diese umfassenden Kenntnisse und Fertigkeiten ein Ärgernis für andere medizinisch Tätige und für die Kirche sein. Sie gehörten zu der geächteten Gruppe der Laienheiler, der »Quacksalber« und Kräuterweiblein. Möglicherweise sind dies Aspekte ihrer späteren Niederlage, die sie im Gegensatz zu den Chirurgen und Apothekern erlitten, denn sie waren zunächst eine ökonomische Gefahr für verschiedene Berufsgruppen und später eine politische Gefahr, worauf ich unter 3.1. zu sprechen kommen werde.

1.3.2. Die erste Hebammenordnung und eingesetzte Kontrollinstanzen

Dagmar Birkelbach, Christiane Eifert und Sabine Lueken setzen sich ausführlich mit der Regensburger Hebammenordnung von 1452 auseinander und vergleichen sie mit den nachfolgenden von 1552 und 1555. Die Regensburger Ordnung kann exemplarisch für alle betrachtet werden, die nach ihr in anderen Städten erstellt wurden, denn die Gemeinden liehen sich die verschriftlichten Regelungen untereinander aus (Scherzer 1988, S. 41 f.).

Die Autorinnen stellen fest, die erste Ordnung werde vom Rat der Stadt mit der Begründung erlassen, „daz von unordnung der hebamen tzu tzeiten dy frawen verwarlost wurden" (Birkelbach 1981, S. 85). Diese zunächst unverständlich erscheinende Aussage schlüsselt bei der Betrachtung der einzelnen Bestimmungen deren grundlegende Bedeutung und Funktion auf. Nur eine einzige von ihnen bezieht sich nämlich auf eine medizinische Sachlage: den Hebammen wird verboten, die Geburt zu früh einzuleiten, was auf den Gebrauch von abtreibenden Mitteln o. ä. anspielen könnte (ebd., S. 86). Der gesamte Rest der Vorschriften spricht soziale und (weniger) religiöse Verhaltensweisen an: Die Hebammen sollen zu allen Frauen gehen, gleich ob wohlhabend oder arm. Sie sollen sich des Trinkens enthalten, während sie

eine Geburt betreuen, sie sind zum Kaiserschnitt an der Toten verpflichtet, um die Seele des Kindes zu retten, sie müssen die Wochenbettbetreuung übernehmen.
Bei komplizierten Geburten sollen sie den Rat einer zweiten Hebamme hinzuziehen oder, sofern diese verhindert ist, den der sogenannten „ehrbaren Frauen". Letztere waren die ersten Kontrollinstanzen, die zur Überwachung der Hebammen eingesetzt wurden. Sie stammten aus angesehenen Patrizierfamilien, was offenbar ein „Garant für eine christliche Glaubensbasis" (Scherzer 1988, S. 29) war, und darauf kam es der Obrigkeit hauptsächlich an. Die „ehrbare Frau" war als Mittelsperson zwischen Stadtrat und Hebamme zunächst die einzig mögliche, denn sie war weiblichen Geschlechts. Ihren Anweisungen hatten die Hebammen zu entsprechen, ohne ihr Einverständnis durfte keine von ihnen die Stadt verlassen.
Sterben Mutter und Kind unter der Geburt, sind alle vereidigten Hebammen herbeizuholen, um zu prüfen, wer möglicherweise die Schuld daran trägt. Auch hier kommen die „ehrbaren Frauen" ins Spiel, denn sie müssen ebenfalls geholt werden, damit sich die Kolleginnen nicht etwa gegenseitig decken. Leisten diese dem Gebot nicht Folge, so muß mindestens eine von ihnen mit Konsequenzen rechnen: „Begraben sie aber die Frau mit dem Kind ohne Untersuchung, so soll es die Hebamme mit dem Leben büßen." (Birkelbach 1981, S. 85)
Ich habe den Inhalt der Ordnung so ausführlich aufgelistet, um zu zeigen, was ihre hauptsächliche Funktion war. Es ging offensichtlich darum, die Hebammen erfolgreich in ihrer Tätigkeit kontrollieren zu können, denn: „Namentlich bekannte Hebammen, die auf die Ordnung geschworen haben, sind wesentlich einfacher zu kontrollieren. X-beliebigen Frauen »Verwahrlosung« nachzuweisen und sie dafür zur Rechenschaft zu ziehen, ist kaum möglich."(Birkelbach 1981, S. 86 f.)
Der Zweck der Kontrolle wird auch an einer weiteren Vorschrift deutlich. Unvereidigte Hebammen sollten von ihren amtlichen Kolleginnen angezeigt werden (Birkelbach 1981, S. 85). Sie wurden hernach aber nicht einfach bestraft, sondern erst einmal daraufhin überprüft, ob sie sich für das Amt eignen. Man war anscheinend nicht daran interessiert, die Zahl der Geburtshelferinnen zu dezimieren, sofern sie sich sittlich und religiös an die Normen hielten.
Auf diese Normen einerseits beziehen sich auch die Ausdrücke »Unordnung« und »Verwahrlosung«. Soziale und religiöse Entgleisungen sollten verhindert werden. Von der fachlichen Eignung war man überzeugt bzw. hatte noch keine Alternativen anzubieten. Die andere Bedeutung von „Unordnung" usw. zielt auf den Versorgungsstandard: schlechte Betreuung, Abtreibung und Kindsmord sollte vermieden werden (Birkelbach 1981, S. 87).
Bedenkt man, daß auch in den Städten die Geburtshilfe in der Art der Nachbarschaftshilfe organisiert war (Becker 1977, S. 112), so müssen die Frauen die Ordnungen als Eingriff in ihren Bereich empfunden haben. Ihre bisher geschlossenen

Reihen wurden aufgebrochen. Mit der Einführung der Hebammenordnungen wurde die helfende Nachbarin zur vereidigten Amtsfrau.[46]
Die Hebammen wurden kontrolliert und kontrollierten selbst bzw. waren von Seiten der Obrigkeit verbindlich dazu angehalten. Sie nehmen hier, ähnlich wie im Kontext rein kirchlicher Einmischungen, eine Schlüsselposition ein, sind Verbindungsglied zwischen Frauengemeinschaft und Institutionen. Eine erste Unterscheidung zwischen Laien und Experten entsteht:
„Damit entstand erstmals die Abgrenzung zwischen der durch Schwur und Zulassung legitimierten Hebamme und der Freundin, Nachbarin, Gevatterin, die bei der Geburt gerne half, weil sie begabt und erfolgreich war." (Grabrucker 1989, S 212)
Der Übergang von der Nachbarschaftshilfe zur amtlichen Tätigkeit war fließend. Die Frauen (vor allem im ländlichen Raum) waren nicht ohne weiteres bereit, ihre Koalition aufzugeben. Die empirische, traditionale und mündliche Art der Wissensaneignung bleibt für die Zeit des 16. und 17. Jahrhunderts weitgehend bestehen (Scherzer 1988, S. 26).
Das spezifische Interesse der Kirche wird in der Regensburger Ordnung von 1452 nicht auffällig sichtbar. Die Hebammen sind lediglich zum Kaiserschnitt an der Toten verpflichtet, was im Prinzip mit der Rettung der Kinderseele zu tun hat und indirekt auf die Nottaufe hinweist (Birkelbach 1981, S. 88). Stärker in den Vordergrund treten kirchliche Belange erst in den Ordnungen von 1552 und 1555. Die Erwähnung des Zaubereiverbots taucht zum ersten Mal 1555 auf. Statt der Zaubersprüche sollen die Hebammen den Frauen Bibelzitate einflüstern, die jenen ihre göttliche Bestimmung ins Gedächtnis rufen sollen. Diese besteht darin, unter Schmerzen zu gebären, was „der weiber fürnehmlicher beruff vnd ambt sey, darzu sie Gott sonderlich verordnet hat" (Birkelbach 1981, S. 88).[47] Solche kirchlichen Anweisungen, die ein Jahrhundert früher fehlten, nehmen nun etwa ein Drittel der gesamten Ordnung ein und werden vervollständigt durch den Zusatz, sie sollten den Hebammen jährlich vorgelesen werden.
Hinsichtlich der Betonung der »weiblichen Bestimmung« ist es aufschlußreich, daß die Stadt Regensburg 1542 zum protestantischen Glauben konvertierte (ebd.). Der vornehmlich reproduktive Charakter der Frau wurde zwar bereits durch die katholische Kirche gepredigt (vgl. Becker 1977, S. 106), jedoch in der lutherischen Lehre erst richtig in den Vordergrund gerückt. Die Ehe wurde zum ranghöchsten Stand der Frauen, das Kindergebären zu ihrer obersten Pflicht (vgl. Pulz 1994, S. 32 u. 37). Luther selbst war nicht zimperlich, wenn er sich zum Fruchtbarkeitsschicksal der

[46] „Ein Amt ist weder ein Gewerbe noch ein Beruf, ein Amt wird verliehen. Da man es nicht erwerben kann, setzt jedes Amt eine Hierarchie voraus: es legitimiert sich durch die Kraft der anerkennenden und belehnenden Autorität." (Wolf/Wolf 1995, S. 155)
[47] Zum Vergleich ein Passus aus der Frankfurter Ordnung von 1573: „Zum fünfften / Solt jhr solches ein ehr achten / daß jhr fruchtbar seit / Dann bei allen völckern allwegen die fruchtbarkeit für ein ehre / vnnd die vnfruchtbarkeit für ein verachtung ist gehalten worden /..." (zitiert bei Pulz1994, S. 146)

Frauen äußerte: „Ob sie sich aber auch müde und tzu letzt todt tragen, das schadt nicht, laß nur todt tragen, sie sind drumb da."[48]

1.3.3. Ärzte werden zur Kontrollinstanz

Die neueren Regensburger Ordnungen des 16. Jahrhunderts zeigen eine größere Beeinflussung der Regelungen durch die Kirche, einen Kompetenzverlust der „ehrbaren Frauen" und weitere Einschränkungen für die Hebammen.
Die Aufgaben der Patrizierfrauen werden, was ihre finanzielle Seite betrifft, vom Stadtrat selbst erledigt. Waren die Frauen durch die Ordnung von 1452 verpflichtet, Verdienstausgleich zu leisten, wenn arme Klientinnen die Hebamme nicht bezahlen konnten, so wird ihnen dieses Amt nun von Stadtkammer und Almosenamt abgenommen (Birkelbach 1981, S. 88). Wichtiger jedoch ist ein Recht, das sie hinzugewinnen: das Recht auf tatkräftige Mithilfe bei der Geburt (ebd.). Da es zuvor keine diesbezügliche Klausel gab, kann man annehmen, daß es nicht mehr selbstverständlich war, daß »irgendwelche« Frauen bei der Geburt halfen. Es bedurfte einer rechtmäßigen Erlaubnis.
Ein Kompetenzverlust der Hebammen deutet sich in bezug auf den Kaiserschnitt an, zu dem sie vorher verpflichtet waren; nunmehr sind sie verpflichtet, dazu eine „spezialisierte Person" (Birkelbach 1981, S. 89) herbeizuholen, woraus zu schließen ist, daß es sich dabei um einen Chirurgen handeln sollte. Ab 1555 sollen sie gar bei jeglichen Komplikationen „doctores der artzney" hinzuziehen (ebd.).
Drastischere Zeichen für das Eindringen der Ärzte in den bis dahin Frauen vorbehaltenen Bereich finden sich in den Hebammenordnungen anderer deutscher Städte im selben Zeitraum: Die Eßlinger Ordnung von 1558 verbietet den Hebammen jegliche Stellung von Diagnosen, ein totes Kind durften sie nicht mehr eigenhändig (zwecks Extraktion aus dem Mutterleib) zerstückeln und der Gebrauch geburtshilflicher Instrumente wurde untersagt (Birkelbach 1981, S. 91). In Frankfurt wird den Hebammen 1573 verboten, innere Arzneien zu verabreichen, da dies das Ressort der gelehrten Mediziner war (Scherzer 1988, S. 45).
Wie konnten die Ärzte im 16. Jahrhundert plötzlich in dem bis dahin nur durch Frauen - als erster Instanz - kontrollierten Raum Fuß fassen? Es sei betont, daß weder akademische Ärzte noch Chirurgen Kompetenzansprüche im geburtshilflichen Bereich anmelden konnten, die auf ihren Fähigkeiten in diesem Gebiet basiert hätten. Die Gelehrten gründeten ihre Ansprüche vielmehr auf „dem Bestreben, die eigene Vorrangstellung in der Hierarchie des Medizinpersonals zu festigen" (Pulz 1994, S. 118). Kenntnisse über die Geburt konnten sie nur in Büchern gesammelt haben. Die Chirurgen hingegen konnten lediglich auf anatomische Kenntnisse des toten weiblichen Körpers zurückgreifen (ebd., S. 77 u. 102).
Einen Hinweis auf Gründe dafür, daß vermehrt Mediziner im geburtshilflichen Bereich auftauchen, gibt Fasbender: „Bei der Abfassung dieser Ordnungen, sowie für die

[48] Pulz (S. 37) zitiert diese Stelle aus Luthers Sermon „Vom ehelichen Leben" (1522), S. 301.

Prüfung[49] der Kandidatinnen kommen bald auch Ärzte in Betracht und an solche wie an Chirurgen werden die Hebammen, denen allmählich vor allem die Ausführung verletzender Operationen aus der Hand genommen wird, für schwierige Geburtsfälle verwiesen." (Fasbender 1964, S. 141)
Tatsächlich wurde die Hebammenordnung von Frankfurt 1573 durch den Stadtarzt Adam Lonitzer verfaßt, der die Anregung dazu nach eigenen Worten von Kollegen aus Regensburg erhielt (Pulz 1994, S. 126). Es sieht ganz so aus, als hätten sich hier die Stadtärzte selbst Arbeit verschafft.

Zusammenfassend lassen sich diese Tendenzen[50] vor dem Hintergrund der bereits oben beschriebenen Konkurrenzsituation innerhalb des damaligen Gesundheitswesens deuten. Ärzte und Chirurgen sind seit Ende des 15. Jahrhunderts bemüht, ihre »Territorien« abzustecken bzw. - und das trifft eben die Hebammen in besonderem Maße - zu erweitern. Ob tabuisierter Frauenraum oder nicht - gewisse Funktionen der Hebammen fallen in erklärte Bereiche männlich besetzter Gesundheitsberufe. Während den Hebammen von außen durch
Verordnungen ihre Professionalisierung quasi »aufgenötigt« wird[51] , sind die Ärzte (akademische und handwerkliche) an der ihren aktiv beteiligt und interessiert. Ein Unterschied besteht zwischen dem Interesse der Gelehrten und dem der Chirurgen, der später entscheidend ist für den Konkurrenzkampf der Hebammen mit den letzteren: Die akademischen Ärzte wollen vor allem ihren Platz in der Heilberufe-Hierarchie behaupten[52], die Chirurgen aber möchten ihre praktischen Kompetenzen am menschlichen Körper ausbauen, was ihnen auch über die Durchführung des Kaiserschnitts an Toten und der Sektion verstorbener Schwangerer gelingt (vgl. Pulz 1994, S. 128). Erst durch Betrachtung der Hebammenordnungen und der Situation der Heilberufe in der frühen Neuzeit wird verständlich, was später passierte: die zunehmende Verdrängung der Hebammen aus der Geburtshilfe durch männliche Ärzte. Der Vorwurf der »Unwissenheit« an die Frauen spielt hierbei eine ausschlaggebende Rolle, wie noch gezeigt werden wird.
Im folgenden Kapitel soll der Prozeß des Kampfes zwischen Hebammen und Ärzten daraufhin untersucht werden, ob sein Verlauf durch Diskurse und Wissensformen beeinflußt wird, die den Ärzten ihren Vorsprung erlauben.

---

49 In der Heilbronner Hebammenordnung bereits Ende des 15. Jahrhunderts. Hier ist auch das Gebot zu lesen, die Hebammen sollten den „Herrn Physicos und Doctores der Artzney", wenn sie von diesen examiniert würden, „gehorsam (..) seyn (und) guten und richtigen Bescheyd ihrer Erfahrung (..) geben." (Birkelbach 1981, S. 92)

50 Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß es zwischen Verordnungen und der realen Handhabe zunächst große Unterschiede gab (vgl. Pulz 1994, S. 125).

51 Fischer-Homberger bemerkt dazu, daß die Hebammen - im Gegensatz zu den männlichen Konkurrenten - „nie autonome Berufsorganisationen [hatten], vielmehr scheint immer die Tendenz bestanden zu haben, die Hebammen behördlich, stadtärztlich, durch Männer zu kontrollieren." (Fischer-Homberger 1988, S. 46)

52 Diese Spitzenposition der Gelehrten korrelierte lange nicht mit einem adäquaten Sozialprestige und einer abgesicherten ökonomischen Situation, wie Frevert 1986 überzeugend darlegt.

2. Konkurrenz und Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Hebammen

2.1. Die Ursprünge

Die Auseinandersetzung mit den Ärzten wurde eingeleitet durch „Ignoranzvorwürfe" (Pulz 1994, S. 117) seitens der akademischen Mediziner und der Chirurgen gegen die Hebammen. Die Angehörigen der beiden verschiedenen medizinischen Berufsstände beriefen sich bei ihrem Urteil auf die je eigenen Wissenstraditionen ihrer Fächer, einig waren sie sich hinsichtlich des Vorwurfs, den Hebammen fehle pathologisches Wissen über die Geburtshilfe (Pulz 1994, S. 118).
Eucharius Rößlin beginnt den Kampf gegen die Unwissenheit der Hebammen bereits 1513, indem er ihnen in seinem Lehrbuch *Der Swangern Frauwen vnd hebamen Rosegarten* Verantwortungslosigkeit vorwirft:

> Jch mein die hebammen alle sampt /
> Die do so gar kein wissen handt /
> Darzû durch ir hyenlessigkeit
> Kind verderben weit vnd breit /[53]

Rößlin war Akademiker und hatte die gesamten geburtshilflichen Lehren, die er in seinem Buch ausführte, aus antiken und mittelalterlichen Quellen zusammengetragen, besonders berief er sich auf Hippokrates und Avicenna (Pulz 1994, S. 119). Das Wissen, das den Hebammen seiner Meinung nach fehlte, bezog sich auf seine eigene gelehrte Tradition, sowie auf den Umgang mit geburtshilflichen Instrumenten (Pulz 1994, S. 119 u. 127), also auf genau jene Bereiche, die seinem akademischen Stand und dem der Chirurgen zugeordnet werden können. Das Buch von Rößlin wurde, wie einige andere „Hebammenlehrbücher", die wenig später in großer Zahl entstanden, so daß bald der gesamte deutschsprachige Raum mit ihnen versorgt war (vgl. Fasbender 1964, S. 143), den Hebammenordnungen mancher Städte zufolge, den Anwärterinnen vor Amtsantritt vorgelesen (Pulz 1994, S. 121). Es läßt sich nicht nachweisen, ob dies tatsächlich geschehen ist, oder ob die Weh-Mütter irgendeinen Nutzen daraus zogen. Es sei nochmals betont, daß Rößlin nicht daran gelegen war, seine theoretischen Lehrsätze durch empirisches Nachvollziehen zu untermauern. Seine Kenntnisse basierten auf Buchwissen.[54]
Die eigentliche Auseinandersetzung fand jedoch zunächst nicht mit den akademischen Ärzten, sondern mit den Chirurgen statt (Böhme 1980, S. 42, vgl. auch Schmitz 1994, S. 23).
Das Konkurrenzverhältnis zwischen Chirurgen und Hebammen wurzelt Fischer-Homberger zufolge im gerichtsmedizinischen Bereich. Gerichtliche Tätigkeiten waren

---

[53] Zitat v. Pulz (1995, S. 119) aus: Eucharius Rößlin, *Der Swangern Frauwen vnd hebamen Rosegarten.* Straßburg 1513. Faks.-Druck. Zürich 1976.

[54] Benedek (1977) bemerkt etwas vorsichtig, Rößlin „ ... almost certainly had no personal experience as an obstetrician." (S. 559) Als Geburtshelfer („obstetrician") kann er jedoch mit Sicherheit gar keine Erfahrung gehabt haben, denn diesen Beruf gab es im 16. Jahrhundert noch nicht.

im Mittelalter und bis in die frühe Neuzeit hinein hochgeachtet (Fischer-Homberger 1979, S. 89). Den Hebammen oblag die Beurteilung der Virginität (ebd.) und die des Kindsmords, die man ihnen beide nicht gerne überließ, da sie häufig mit den Frauen komplottierten und in Verdacht standen, mit Kindern zu handeln (Fischer-Homberger 1988, S. 47).
Die „gerichtlich tätige(n) Ärzte, die ihren Sachverstand ohnehin auf das Gesamtgebiet der gerichtlich relevanten Medizin auszudehnen tendierten" (ebd., S. 46), zweifelten vor allem das Virginitätskriterium der Hebammen an, das Hymen (Fischer-Homberger 1979, S. 88).
Im 16. Jahrhundert war es zum Beispiel Ambroise Paré, ein französischer Wundarzt, der sich ablehnend gegenüber der Diagnosemethode der Hebammen äußerte:

> „Etliche Matronen und Hebammen geben für, es haben diejenige, so noch Jungfrawen unnd ungeschwächt seyen, in dem Halse oder Eingang zu ihrer Gebärmutter ein Häutlin ... dasselbe, sagen sie, werde in dem ersten Beyschlaff zerrissen ... Wie betrüglich unnd ungewiß aber diese Kenn- und Merckzeichen seyen, wird auss Historien unnd Zeugnussen mehr dann genugsam erwiesen. Denn ... das Häutlin belangendt, so ist dasselbig ein unnatürlich Ding, und wird unter viel tausent jungen Mägdlein kaum in einem gefunden ..."[55]

Die Kritik Parés sagt etwas über seine eigene Erkenntnisgrundlage aus: Als Chirurg hatte er nur Zugang zu toten weiblichen Körpern und konnte sich so nur ein Wissen außerhalb ihres „biographischen Zusammenhanges" (Böhme 1980, S. 51) aneignen. Es kam aber gar nicht darauf an, welche der beiden Parteien recht hatte. Die Gerichtsmediziner waren den Hebammen insofern überlegen als sie sich schriftlich äußern konnten und, wie bereits bemerkt, an ihrer eigenen Professionalisierung (und damit an der Ausschaltung ihrer Konkurrenz) arbeiteten. Nach der Meinung von Fischer-Homberger verlieren die Hebammen diesen Kampf, weil sie sich auf traditionale Formen der Kommunikation und Wissensvermittlung beschränken, nämlich auf die mündlichen; ihre Arbeit tun sie in der Art der Hausfrau, bzw. sie sind Hebamme, „wie man eben Bauer ist. (...) Ihre Tätigkeit als Hebamme war von ihrem sonstigen Lebensvollzug nicht wesentlich verschieden."(Böhme 1980, S. 38)[56]
Im Verlauf des 17. Jahrhunderts bezogen sich die Kritiker der Hebammen dann nicht mehr nur auf deren Untauglichkeit im forensischen Feld, sondern weiteten diese auf das gesamte Tätigkeitsfeld der Geburtshilfe und Frauenheilkunde aus. Fortunatus Fidelis bemerkt 1602, die versteckte Arbeit der Hebammen gebe zu Mißtrauen gegen

---

[55] Zitiert nach Fischer-Homberger 1979, S. 89. Die Autorin bezieht sich auf folgende Ausgabe: Ambroise Paré, *Wund Artzney oder Artzneyspiegell.* Aus der lat. Ausg. von J. Guillemeau übers. v. P. Uffenbach, Frankfurt a. M.: Jacob Fischer 1635, S. 979.
[56] Böhme meint meint diese Ausübungsart ihrer Tätigkeit noch bis ins 20. Jahrhundert zu sehen, was übrigens die Lebensberichte nicht nur der Landhebammen bei Grabrucker (1989), sondern auch die Biographien anderer, ebenfalls hauptsächlich auf dem Land, bis in die 1960er Jahre tätig gewesener Hebammen zeigen (siehe z.B. Maria Horner (1985): *Aus dem Leben einer Hebamme*, Adeline Favre (1982): *Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Annieviers.*)

sie Anlaß, Paulus Zacchias (1651) macht auf die Verwandtschaft der Weh-Mütter mit den Hexen aufmerksam (Fischer-Homberger 1988, S. 48/49). Anfang des 18. Jahrhunderts spricht sich Johannes Bohn (1704) gegen den „üblen Gebrauch" der Gerichte aus, Hebammen zur Beurteilung gynäkologisch-geburtshilflicher Fragen hinzuzuziehen, mit dem Hinweis, man solle erst einmal auf die bessere Ausbildung der Frauen schauen und darauf achten, daß sie ihre Kompetenzen nicht überschreiten (ebd., S. 51). Die letzte Aussage zeigt bereits den weitgehenden Kompetenzverlust der Hebammen bzw. macht deutlich, daß es im 18. Jahrhundert üblich war, auf die Notwendigkeit ihrer Ausbildung durch männliche Ärzte hinzuweisen, eine Tendenz, auf die ich noch ausführlich zu sprechen kommen werde.
Festzuhalten ist, daß die Zuständigkeit der Hebammen im forensischen Bereich zuerst angezweifelt und erst später ihre Unwissenheit auf anderen Gebieten der Geburtshilfe konstruiert wurde. Es ist mir wichtig dies hervorzuheben, denn häufig wird das Konkurrenzverhältnis von Hebammen und Ärzten im 18. Jahrhundert angesiedelt, als letztere sich bereits einen Platz in der Geburtshilfe erzwingen konnten und schon zu Lehrern der Frauen geworden waren.

2.2. Konkurrierende Wissensformen

Warum die Hebammen die Auseinandersetzung mit den Ärzten verloren, wird von Böhme folgendermaßen begründet (Böhme 1980, S. 43):
1. Der Hebammenberuf war zu einer Dynamisierung nicht fähig.
Durch die Form der Wissensvermittlung, die eidliche Bindung an die Ordnungen und durch die soziale und religiöse Funktion, die den Hebammen immer wieder angedient wurde, waren sie lahmgelegt, während die männlichen Geburtshelfer - frei von solchen Auflagen - ihre Chance erhielten, das Geburtshilfewesen zu innovationieren.
2. Später gelang es den Chirurgen, daß ihr Beruf als ein akademischer anerkannt wurde.
Die medizinische Wissenschaft von der Frau, die Gynäkologie, wurde gegenüber der Geburtshilfe der Hebammen herrschend aufgrund der Entstehung der geburtshilflichen Klinik, einer Institution, in der der Arzt gegenüber den Hebammen weisungsberechtigt war.
Dies ist jedoch nur ein Teil des Hergangs. Die Innovationen der Geburtshelfer fußten auf einem Wissen, das untrennbar mit Methoden verbunden war, die auf dem *Blick*, dem *Sehen* beruhten (z.B. der Anatomie). Damit konkurrierten die Chirurgen nicht nur auf konkreter Ebene mit den Hebammen (wie eben für den forensischen Bereich gezeigt), sondern auch auf abstrakter Ebene, auf der des Wissens, denn die Frauen verließen sich in ihrer Praxis keinesfalls auf ihren Sehsinn, wie ich im Weiteren zeigen werde. Außerdem muß betont werden, daß vieles, was von den Wissenschaftlern als

innovativ bezeichnet wurde, vereinnahmtes Wissen war, welches längst in anonymer[57] und deshalb leicht occupierbarer Form existierte.
Sehr überzeugend und differenziert legt Waltraud Pulz den Prozeß der Occupierung der Geburtshilfe durch Chirurgen dar, indem sie auf die konkurrierenden Wissensformen eingeht. Für sie steht fest, „daß das Hebammenwissen (...) keineswegs aufgrund fehlender Bezugnahme auf ein rein theoretisches Gebäude an Grenzen stieß (...)" (Pulz 1994, S. 175), sondern weil es einem Wissenstyp angehörte, der im Aussterben begriffen war. Die Anatomie - eine Wissenschaft, die untrennbar mit dem Beruf des Chirurgen verbunden ist - erlebte im 16. Jahrhundert einen Aufschwung; mit ihm ging ein lokalistischer und methodischer Zugriff auf den menschlichen Körper als Gegenstand bzw. Maschine und nicht als Organismus einher (ebd., S. 122).
Die Erkenntnisse der anatomischen Wissenschaft sollten die Medizin nachhaltig prägen, sie werden auch als entscheidende Beiträge für den Umschwung zur sogenannten „neuzeitlichen Medizin" (Winau 1983, S. 209) gewertet. 1543 erschien ein Werk mit dem Titel *Sieben Bücher vom Bau des menschlichen Körpers*, geschrieben von dem jungen Arzt Andreas Vesal (ebd.). Er beschäftigt sich darin mit der Knochenlehre, mit den Eingeweiden und dem Gehirn, stellt die Muskulatur, das Gefäßsystem und das Nervensystem in Holzschnitten dar, die am Seziertisch entstanden (ebd., S. 213). Als Professor für Chirurgie in Padua führte Vesal die Sektion von Leichen ein, um seinen Studenten die genaue Kenntnis des menschlichen Inneren zu vermitteln. Es bedurfte dabei jedoch einer gewissen „Übersetzung" dessen, was sich dem Blick der Anatomen darbot. „Wie alle Ärzte um die Mitte des 16. Jahrhunderts stand auch Andreas Vesal im Anatomischen Theater vor einem verwirrenden, flüchtigen, verwickelten Gekröse, das der Zergliederer der Leiche des Gehenkten entnahm. Kein Gelehrter seiner Zeit (...) hätte dieses Fleisch berührt, dazu waren Diener da. Es war nicht so sehr Vesals Hand, als Vesals schöpferischer Künstlerblick, der aus dem blutigen und schleimigen Kadaver eine Form schuf, die vernünftig, sinngebend konsistent und außerdem schön war." (Duden 1994, S. 88) Obwohl es eher unwahrscheinlich scheint, daß ein Chirurg sich davor scheut, die Organe eines toten Körpers zu berühren, und obwohl die Zeichnungen auch nicht von ihm selbst, sondern von dem Künstler Stephan von Kalkar stammen (Winau 1983, S. 213), wird Vesal seine Augen als bevorzugte Sinnesorgane benutzt haben, um das Innere des Leibes zu erfassen. Seine Wahrnehmung des menschlichen Körpers geschah über den deutenden Blick, mit dessen Hilfe er den Körper neu erschuf. Neu erschuf Vesal ihn, da er bisher nicht auf der Basis seiner Bestandteile und deren Funktion, sondern auf der seiner religiösen und kosmischen Bedeutung verstanden wurde. Mit der Anatomisierung geht diese Bedeutung verloren. Je mehr seiner Details an Licht gezerrt werden, desto mehr verschwindet gleichzeitig die geheime Kraft des *ganzen* Körpers: „in seiner Darstellung als Stückwerk wird er seiner sinntragenden Undurchsichtigkeit beraubt. Um

[57] Anonym in sofern, als es sich um mündlich tradiertes Wissen handelte, für das niemand als »Besitzer« gezeichnet hatte.

als Objekt beschreibender Beobachtung hergestellt zu werden, muß er erst als Symbolträger entmachtet werden." (Duden 1987, S. 23)
Das Wissen der frühneuzeitlichen Hebammen hatte eine ganz andere Grundlage.
Pulz untersucht in ihrer Dissertation das Hebammenbuch der Justine Siegemund (1636 - 1705), einer schlesischen Hebamme, die sich von ihren zeitgenössischen Kolleginnen in vielerlei Hinsicht unterscheidet[58] , weshalb sich für ihre Anleitung auch keine Entsprechung in Deutschland finden läßt.[59] Ausgehend von dem Werk der Siegemundin und über sie als Vermittlerin, versucht die Autorin Teile geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen zu rekonstruieren. Weiterhin geht sie auf schriftliche Beweise einer Auseinandersetzung zwischen Chirurgen und der Hebamme ein, die auf sich unterscheidende Wissenstraditionen der Gegner schließen lassen. Im Gegensatz zu anderen Repräsentantinnen[60] ihres Berufs finden sich in der Biographie der Siegemundin keine Hinweise auf eine engere Verbindung zu Chirurgen, weshalb eine Bezugnahme auf deren Wissenstyp von vornherein unwahrscheinlich ist. Bereits in dem Sinnspruch auf dem Titelblatt des Anleitungsbuchs zeigt sich, daß Siegemund in ihrer Lehre die Schulung des Tastsinnes als zentral erachtet:

> „An Gottes hilff und Seegen
> Geschickten Hand bewegen
> Jst all mein Thun gelegen."[61]

Tatsächlich belegt Pulz in ihrer Analyse, „daß die über den *Blick* vermittelte Objekterfahrung in dem von ihr zur Verfügung gestellten Wissen kaum eine Rolle spielt."(Pulz 1994, S. 52) Bei Siegemund erfolgte statt dessen eine „Gleichsetzung von Fühlen und Wissen" (ebd., S. 78), was sie lehrte war die Technik des Touchierens: der Untersuchung des Muttermundes und z.T. der Exploration des Fötus. Die Untersuchung des Muttermundes nannte sie „Angriff", ein Wort, das, wenn man einmal von seiner militärischen Assoziation absieht, die manuelle Ausführung nicht nur nahelegt, sondern impliziert. Das durch Tasten der *Hände* erworbene Wissen der

---

[58] Justine Siegemund war des Schreibens und Lesens mächtig, erfreute sich also eines Bildungsstandes, der sie nicht nur von ihren Kolleginnen, sondern auch von den meisten ihrer damaligen Geschlechtsgenossinnen abhob (vgl. Pulz, S. 31). Darüberhinaus war sie erst 23 Jahre alt und kinderlos (was sie bis an ihr Lebensende blieb), als sie das erste Mal von einer bekannten Hebamme zu einer schweren Geburt hinzugezogen wurde. Nicht zuletzt trug ihr Erfolg ihr außerdem den Titel „Hof-Wehe-Mutter" ein, der ihr vom Kurfürsten Friedrich Wilhelm von Brandenburg 1683 verliehen wurde. (Zu den Daten vgl. Pulz, S. 42 u. 48)

[59] In Frankreich hat die Leibhebamme der Königin Maria von Medici, Louise Bourgeois, 1609 ein vergleichbares Werk verfaßt (Gubalke 1964, S. 83).

[60] Wenn Hebammen, wie Justine Siegemund, durch eigene Werke bekannt wurden, so waren sie häufig Ehefrauen von Chirurgen (z.B. Barbara Widenmann, Stadthebamme in Augsburg, die - nach eigener Angabe - ihr Wissen durch ihren Ehemann hat verschriftlichen lassen (1735), der Stadtchirurg in Augsburg war (Pulz 1994, S. 35). Gerade die Hebammen des 17. und 18. Jahrhunderts, die sich als Autorinnen hervortaten, standen häufig in enger Beziehung zu Chirurgen; so z.B. auch Louise Bourgeois (Pulz 1994, S. 20).

[61] Pulz 1994, S. 62, bezieht sich auf ein Exemplar des Siegemundschen Werkes *Die Chur-Barndenburgische Hoff-Wehe-Mutter (...)* der „Churfl. Brandenb. Hofbuchdruckerei" von 1690. .

Hebamme unterschied dieses von dem der Chirurgen, die das ihre am toten Körper erwarben, den sie sezierten, weshalb jedes seiner Details ihren *Augen* zugänglich wurde.
Bei der Untersuchung des Siegemundschen Textes fiel Pulz auf, daß die Hebamme die Ausdrücke „wissen" und „fühlen" synonym gebraucht (ebd., S. 102), d.h. sie setzte Fühlen und Wissen nicht nur gleich, sondern sie bedeuteten für sie offensichtlich dasselbe. Wenn man bedenkt, daß Wissen und Fühlen in der Moderne nicht nur getrennt erscheinen (wie auch Pulz, S. 150, bemerkt), sondern sich die beiden Kategorien in der modernen Wissenschaft geradezu ausschließen, so kann es nicht überraschen, daß die damaligen Hebammen[62] von den Chirurgen als unwissend abqualifiziert wurden. Sie selbst nämlich setzten Sehen mit Wissen gleich und waren damit Vorreiter der objektivierenden Humanwissenschaft wie sie sich bereits ein Jahrhundert später darstellte. Ein gutes Beispiel für die Etablierung dieses Wissensbegriffs auch in der Geburtshilfe ist das folgende Zitat von Johann Georg Roederer, bahnbrechender „Entbindungskünstler" des 18. Jahrhunderts: „Ich lasse mir auch nie weismachen, dem sei eine Frau gewachsen, die (...) nicht weiter denkt, als sie sehen kann"[63] . Es kündigt sich also bereits vor der Entstehung der ersten Kliniken der „klinische Blick" (Foucault 1988, S. 123) an, der Wahrnehmungsakt der Mediziner, den Foucault im 18. Jahrhundert feststellt.
Der Chirurg Francois Mauriceau (1637 - 1709), der sich als erster männlicher Geburtshelfer des 17. Jahrhunderts etablierte[64] , veröffentlichte 1668 ein Lehrbuch *(Les maladies des femmes grosses et accovcheés)*, dessen Titelseite sein Portrait zeigt. Er wird in einem ovalen Rahmen dargestellt, der von einer Frau gehalten wird, an deren Körper mehrere Kinder hängen. Die rechte Seite des Rahmens wird von chirurgischen Instrumenten umkränzt, während in der linken Ecke innerhalb des Ovals eine Sonne strahlt. Mauriceau blickt den Betrachter an, mit einer Hand in lässiger Geste auf die Sonne weisend. In der anderen Hand hält er ein Buch, dessen Titel gerade noch zu erkennen ist: *Hic sol, alias umbra regit.*[65]
Die Wissenschaft hatte sich vorgenommen, Licht in die Dunkelheit der weiblichen Gebärorgane zu bringen.

2.2.1. Unterschiedliche Erfahrungskontexte und -grundlagen

Eine lebendige Frau zu untersuchen, war den männlichen Zeitgenossen der Siegemundin im Grunde nicht möglich. Mediziner und Wundärzte wurden nur in äußersten Notsituationen an das Bett einer Kranken gerufen. Daraus allein schon

[62] Pulz weist überzeugend nach, daß die Siegemundin die Quellen des Wissens, das über das durch eigene Erfahrung erworbene hinausging, in ihrem Werk verschweigt. Nach Meinung der Autorin hat die Hebamme in ihrem Buch nicht nur eigene Erfahrungen, sondern auch die ihrer Kolleginnen verarbeitet.

[63] Hampe 1993, S. 16, zitiert aus der Antrittsrede des genannten Mediziners für die Professur an der Göttinger Universität.

[64] 1630 wird am Hôtel-Dieu in Paris eine offizielle Entbindungsabteilung eröffnet. Auf Erlaubnis des ersten Präsidenten darf Mauriceau als erster männlicher Geburtshelfer in dieser Abteilung an allen Geburten (also nicht nur an den regelwidrigen) teilnehmen (Grabrucker 1989, S. 225).

[65] Die beschriebene Abbildung ist bei Fischer-Homberger 1979, S. 23, zu sehen.

ergeben sich für den Arzt und die Hebamme unterschiedliche Erfahrungszusammenhänge und -grundlagen. Möglicherweise bildeten sich aus diesen Wissensformen heraus, deren geringe Verwandtschaft zu Mißverständnissen führte.
Ein Indiz dafür, daß es sich so verhalten hat, bietet die Kontroverse zwischen Justine Siegemund und einem ihrer Kritiker, dem Chirurgen Andreas Petermann. Petermann greift in einem Korollarium die Lehren der Hebamme an, indem er ihre Handgriffe als „eitle Spekulation" abtut, die sich in der Praxis als absurd erweisen würden. Nachdem Siegemund ihn darum gebeten hat, seine Vorwürfe zu konkretisieren, gibt er eine Schrift mit dem Namen *Gründliche Deduction* heraus, worin die Hebamme ihre Ausführungen „entweder nicht recht verstanden, oder übel gedeutet"[66] findet.
„In der Tat reißt Petermann dort, zur Untermauerung seiner Anschuldigung, J. Siegemunds Aussagen beliebig aus dem Kontext und verwechselt ständig »Angriff« (Tasten des Muttermunds mit zwei Fingern) und »Handgriff« (Eingehen der ganzen Hand in den Uterus), d.h., er bringt jene sehr präzisen Termini durcheinander, auf denen die Hebamme nach eigenen Worten ihren ganzen Unterricht aufgebaut hat." (Pulz 1994, S. 113)
Der Chirurg beruft sich auf seine Erfahrung, die er, indem er 90 Kinder durch Kaiserschnitt an toten und lebendigen Frauen „genommen" hat, sammelte.[67] Die Hebamme läßt dies nicht gelten, da sie weiß, daß ein männlicher Arzt zu ihrer Zeit lediglich in akuten Fällen - also bei Gefahr - zu Geburten gerufen wurde, sie selbst aber „ ... weiß auch zu urtheilen von dem, was dabey vorfället, weil diese Dinge täglich bey denen meisten sich zeigen." (Anm. 36)
An dem Streit zeigt sich, daß sich Hebamme und Chirurg nicht nur auf unterschiedliche Erfahrungen berufen, sondern diese Erfahrungen auch in einem ganz anderen Kontext sammelten. Die Siegemundin konnte „täglich" mithilfe ihres Tastsinnes immer neu und situativ erkunden, „was bey denen meisten" vorlag. Dabei besaß sie kaum anatomische Kenntnisse[68] (Pulz 1994, S. 141). Hierin, so Pulz, glich sie ihren Kolleginnen aufs Haar.
Sie glich ihnen in ihrer Praxis noch in mehreren Hinsichten, nicht zufällig genau in jenen, in denen sie sich von der der Chirurgen unterschied. Pulz belegt anhand eines Textauszuges aus dem Anleitungsbuch Siegemunds, daß die Anwendung von Instrumenten ebensowenig wie die Anatomie eine bedeutende Rolle in der Wissenstradition der geburtshilflich bewanderten Frauen spielte. Für meine Zwecke besonders erhellend finde ich die Begründung der Hebamme für ihren Verzicht auf den „Mutter-Spiegel":

---

66 Zitiert nach Pulz, S. 113, die sich auf das in dem benutzten Werk der Siegemundin (Anm. 31) enthaltene Schriftstück „Wider Herrn D. Andreae Petermann Gründliche Deduction Nöthiger Bericht.", geschrieben von J. Siegemund, bezieht.

67 Zum Vergleich: die Hebamme Siegesmund half während ihrer gesamten Tätigkeit 6199 Kindern auf die Welt (Pulz 1994, S. 59).

68 Um zu verstehen, daß sie tatsächlich keine *anatomischen* Kenntnisse im wörtlichen Sinne besaß, ist es hilfreich, die Bedeutung des Wortes Anatomie zu kennen: anatemnein (griech.) heißt genau übersetzt „zerschneiden", anatomieren heißt folglich „(Leichen) zergliedern" (Wahrig, Dtsch. Wörterbuch, München / Gütersloh 1986).

„Aber vor mich und meine Wissenschafft habe ich es nicht nöthig. Denn wo das harte Eisen lieget, kan meine gelinde Hand liegen, die dergleichen Schmerzen nicht verursachen kan." (Pulz 1994, S.142, Anm. 31) Desweiteren bemängelt sie am angesprochenen Instrument, daß es zwar erlaube, in das Innere der Gebärmutter zu sehen, doch „wann ich das Kind lange sehe liegen, so kan ich doch mit dem sehen nicht helffen, es muß doch ein ander Jnstrument dazu gebrauchet werden, dann ist es doppelte Marter." (ebd., S. 141)
Siegemund beruft sich einmal auf ihr Können, der Tastsinn macht das Instrument, auf das der Sehsinn angewiesen ist, überflüssig. Sie begründet ihr Vorgehen jedoch vor allem mit den Schmerzen, die den Frauen durch die Anwendung entstehen, d.h., sie beruft sich auf ihre Empathie oder ihr Mitgefühl. Diese Eigenschaft wurde unter Frauen als eine ausgesprochen geschätzte Qualität einer Hebamme hervorgehoben. Labouvie schildert beispielsweise einen Fall aus dem Jahr 1758, in dem den Frauen des pfalz-zweibrückischen Kirchspiels Gödernroth vom Pfarrer eine Amme aufgenötigt wurde, die sie mit der Begründung ablehnten, sie habe „gar kein Mitleyden mit denen solche Schmertzen ausstehenden Weibern" (Labouvie 1992, S. 489). Wie aus dem zweiten Zitat der Siegemundin hervorgeht, benutzte sie im Bedarfsfall Instrumente, diese wurden jedoch „ad hoc konstruiert" (Pulz 1994, S. 144), sie gehörten also nicht zur ständigen Ausrüstung der Hebammen.[69] Was Justine mit den Hebammen ihrer Zeit nicht verband, war, daß sie auf keine eigene Geburt zurückblicken konnte, also keine Selbsterfahrung mitbrachte. Wie ich bereits in Zusammenhang mit der Frauengemeinschaft gezeigt habe, waren die meisten Hebammen selbst Mütter und außerdem (wenn sich das anhand des Alters sagen läßt) reich an Lebenserfahrung.
Ich fasse zusammen: Die Hebammen gründeten ihre Praxiserfahrungen auf Tastwissen, Empathie und Selbsterfahrung, d.h. sie verifizierten ihre »Thesen« über die Geburt und den weiblichen Körper täglich neu, aber ohne die wissenschaftliche Distanz der Anatomen zum Geschehen. Sie waren vielmehr immer »mittendrin« und fühlten haptisch mit ihren Händen, seelisch mit den Frauen mit und ihrer eigenen Geburt nach. Die Wissensvermittlung fand in der Lebenspraxis selbst statt, eine Trennung von Theorie und Praxis gab es nicht.
Die Lese- und Schreibunfähigkeit der größten Zahl der damaligen Hebammen verdient ebenfalls eine Erwähnung. Die Wahrnehmung der Wirklichkeit, so Duden, verändert sich je nachdem, ob ein Mensch alphabetisiert ist oder nicht. Es ist ein Unterschied, ob der Körper »beschrieben« oder »besprochen« wird. „Ohne die Vorstellung vom Gedächtnis als Ablagerungsort wiederauffindbarer Sätze, wortwörtlich zitierbarer Sätze, gerinnt die Wirklichkeit nicht zu der Art beschreibender Begriffe, die uns Selbstverständlichkeit geworden sind. Es bleibt etwas fließendes und unfaßbares an der Wahrnehmung des Körpers, (...)". (Duden 1987, S. 49) Insofern hat auch das geschriebene Wort eher etwas mit dem Sinn des Auges gemein,

---

69 Im Übrigen wurde ihnen der Gebrauch von Instrumenten in einigen Städten bereits im 16. Jahrhundert untersagt (z.B. Eßlingen 1558). Vgl. Kap. 1.3.3. in vorliegender Arbeit.

eine Aussage scheint an »Objektivität« zu gewinnen, sobald sie verschriftlicht vorkommt. Man kann sie immer wieder »nachschauen«, nachlesen, sie ist unendlich oft und in immer gleicher Form wiederholbar.
Der Haupttext der Siegemundschen Anleitung ist in der Darstellungsform des Lehrgespräches verfaßt. Eine alte, erfahrene Hebamme erzählt einer jungen ihr Wissen und antwortet auf Fragen. Pulz vermutet, Siegemund habe „in Anlehnung an die unter Hebammen praktizierte mündliche Wissensweitergabe" diese didaktische Methode gewählt (ebd., S. 71). Die Autorin weist jedoch an anderem Ort darauf hin, daß die geburtshilflichen Kenntnisse unter den Frauen möglicherweise nicht einmal überwiegend verbal ausgetauscht wurden (ebd., S. 155), sondern handwerkliche Geschicklichkeit eher durch Zusehen und Nachahmen erworben wurde. Es handelte sich eben um ein Wissen, „das nicht hinreichend abstrakt und verallgemeinert ist, um losgelöst von seiner Bindung an die handwerkliche Tätigkeit verlustfrei kommuniziert werden zu können." (Pulz 1994, S. 154)
Die Involviertheit der Hebammen war Gelehrten und Gesetzgebern suspekt, Wissenserwerb und Wissensvermittlung galten ihnen als defizitär. Die Hebammenordnungen der Zeit der Siegemundin schreiben vor, die Hebammen sollten gottesfürchtig und lesefähig sein (um sich in den Lehrbüchern weiterzubilden) und - das ist neu - Grundkenntnisse der Anatomie vorweisen.[70] Obwohl es an den deutschen Universitäten des 17. Jahrhunderts kein systematisches Studium der Geburtshilfe gab, kein Fakultätsmitglied also zu praktischen Anweisungen in der Geburtshilfe fähig gewesen wäre (Pulz 1994, S. 111), maßten sich gelehrte wie ungelehrte Ärzte die Entscheidung darüber an, was und wie die Hebammen lernen sollten.
Gerade den Chirurgen mußte das Hebammenwissen ungenügend erscheinen im Vergleich zu ihrem eigenen, das sich auf »objektive Erfahrung« gründete. Im Gegensatz zu den Weh-Müttern, die mitempfanden, beschäftigten sie sich mit reinem Material. Als fachkundige Anatomen sezierten und analysierten sie tote menschliche Körper, vollkommen unberührt vom eigenen und fremden menschlichen Fühlen, wo nichts mehr zu fühlen ist. „Im geburtshilflichen Diskurs der Zeit mit seinem toten Wissen vom weiblichen Körper, mit seinem am toten weiblichen Körper erworbenen Wissen, war (...) für die Erfahrungen einer Frau und Hebamme jedenfalls kein Platz, sie waren gleichsam unsagbar." (Pulz 1994, S. 102)

2.2.2. Transformation des Hebammenwissens

Mehrere Autoren vermuten, die Stadtärzte und Chirurgen hätten die Examinierungen der Hebammen, zu denen sie immer häufiger hinzugezogen wurden, dazu genutzt den Frauen ihr Wissen »abzulauschen« (z.B. Grabrucker 1989, Gubalke 1964, Scherzer 1988). Sie beziehen ihre Aussage bei näherem Hinsehen alle aus derselben Quelle,

[70] Pulz nennt hier als Beispiel die brandenburgischen Medizinalordnungen von 1685 und 1693, die solche Kenntnisse vorschreiben, sowie die Examinierung der Hebammen durch akademisch gebildete Ärzte (Pulz 1994, S. 151). Diese Ordnungen entstanden übrigens auf Anregung verschiedener Leibärzte, die sich 1661 zusammengetan hatten, um an den Kurfürsten eine Petition zu entrichten, in der sie die Gründung eines Collegium medicum vorschlagen (ebd., S. 51).

nämlich aus dem Buch von Elseluise Haberling[71] , die eine Handschrift aus dem 16. Jahrhundert fand, in der eine Straßburger Hebamme über geburtshilfliche Praktiken berichtet. Die beschriebenen Handgriffe, von denen viele in ärztlichen Hebammenbüchern fehlen, lassen darauf schließen, daß es sich um das originäre Wissen der Autorin der Schrift handelt. Haberling mutmaßt deshalb, daß die Hebammen der Zeit mehr wußten, als die ärztlichen Lehrbücher glauben machen wollten, und daß sie dieses Wissen vor Medizinern und anderen Konkurrenten verheimlicht hätten.
Mir waren die Hinweise zu spärlich gesät, um mich gleichfalls der Vermutung anzuschließen, Ärzte und Chirurgen hätten ihr geburtshilfliches Wissen ausgerechnet bei den Prüfungen der Hebammen erhorcht; daß sie es zunächst über verbalen Austausch mit kundigen Frauen erlangten, erscheint mir jedoch plausibel. Das Streben nach innovatorischer Tätigkeit ging damals offenbar nicht ohne das Wildern in fremden Wissensbeständen ab.
Justine Siegemund, die sich selbst nicht scheute, ihre eigenen Quellen zu verschweigen (Pulz 1994, S. 161), unterstellte ihrem Kritiker Petermann, er habe allzuviel Interesse an ihren Fertigkeiten: „Jch mercke wohl, was er will; aber ich will es ihm nicht ehender deutlich erklären, biß ers deutlicher vorstelle; denn wann ich alles sollte erklären, müßte ich ein neu Buch schreiben, und das wäre ungereimt, weil es genugsam ist erkläret."[72]
Pulz weist anhand verschiedener Beispiele nach, daß sowohl Siegemund als auch spätere Kollegen ihr Wissen aus Quellen bezogen, die sie „als anonym betrachteten" und „die sie dann je nach dem eigenen theoretischen und praktischen Hintergrund in unterschiedlicher Weise aufbereiteten." (ebd., S. 162) Die Chirurgen gingen daran, die in der Praxis gewonnenen Kenntnisse der Hebammen für ihren wissenschaftlichen Verwendungszusammenhang nutzbar zu machen und rissen sie dabei aus ihrem ursprünglichen Zusammenhang (ebd., S. 167). Das lebensweltliche Wissen war „aufgrund seiner beschränkten Systematisierbarkeit und mangelnden Theoriebildung" (Pulz 1994, S. 175) für die Wissenschaft nicht brauchbar, jedenfalls nicht in der Form, in der sie es von den Praktikerinnen überliefert bekam.[73]
Aus fremden Erkenntnissen zu lernen und diese anschließend für die eigenen Zwecke umzuformen scheint auch in anderen Bereichen der Medizin üblich gewesen zu sein. Paracelsus (1490 - 1541) soll vor der Verbrennung seiner Bücher gesagt haben, alles was er wisse, wisse er von der »weisen Frau«. Er blieb offensichtlich der einzige, der so ehrlich war, denn er wird als einziger in diesem Zusammenhang zitiert (Grabrucker 1989, S. 217, Merchant 1994, S. 135). Ansonsten gab es einige „Anverwandlungskünstler" (Pulz 1994) unter den Heilkundigen.

---

71 Elseluise Haberling: *Der Hebammenstand in Deutschland von seinen Anfängen bis zum Dreißigjährigen Krieg. Beiträge zur Geschichte des Hebammenstandes 1*, Berlin 1940.

72 J. Siegemund: „Wider Herrn D. Andreae Petermann ...", a.a.O., zit. nach Pulz 1994, S. 160.

73 Auch die Anleitung der Siegemundin entsprach den Ansprüchen der Wissenschaftler nicht, selbst wenn sie sich lobend zum Inhalt äußerten. So z.B. Cohn: „Es geht ihr jeder Sinn für eine geordnete Darstellung ab; jedenfalls legt sie in dem vorhandenen Werke nicht im mindesten Wert auf die für den Unterricht so sehr notwendige Systematik des zu bewältigenden Materials." (Sigismund F. Cohn: Justine Siegemundin im Lichte moderner Geburtshilfe. Diss. Berlin 1899, S. 9; zit. bei Pulz, S. 101)

Die Apotheker bezogen ihr Wissen aus dem arabischen Raum, weshalb die akademischen Ärzte sie als „Ignoranten und Empiriker" verdammten, sie zogen jedoch ihrerseits Nutzen aus der mitgebrachten Weisheit (Fischer-Homberger 1976, S. 1355). Nach Meinung der Mediziner waren die Chirurgen lediglich als Hilfpersonen zu gebrauchen, aber als die Anatomie im Laufe der Renaissance zur „medizinischen Grundlagenwissenschaft" wurde, bedienten sich auch Ärzte ihrer Vorteile (ebd., S. 1352). Schließlich wurde die Chirurgie im 18. Jahrhundert akademisiert, der Name, der über den vereinigten Fächern prangte, lautete „Medizin" (ebd., S. 1353).[74] „Der Mediziner (...) erscheint als derjenige, durch dessen Berührung ein Fachwissen erst zur Wissenschaft werden kann - als eine Art von König Midas, durch dessen Berührung Unedles zu Gold wird." (ebd., S. 1355)

Im Gegensatz zu Chirurgen und Apothekern gelang es den Hebammen nicht, sich gegen die Vereinnahmung und Diffamierung ihres Wissens zur Wehr zu setzen. Zum Beispiel wird im 18. Jahrhundert das Hymen nun auch »entdeckt« und die Technik des Touchierens von Geburtshelfern praktiziert. Es ist jedoch nicht mehr die Rede davon, daß Hebammen sich bereits viel früher damit auskannten. Fischer-Homberger nimmt an, die Frauen scheiterten in der Konkurrenz mit anderen Heilkundigen auf Grund ihres Geschlechts. „Frausein" soll seinerzeit ein Vollzeitjob gewesen sein, Arbeiten, die ohne technische Hilfe erledigt werden mußten, hätten den Hebammen - die ja nicht ausschließlich Hebammen waren - keine Zeit gelassen, sich beruflich weiterzubilden oder zu organisieren (ebd., S. 1354).

Hinzu kam, wie ich bereits mehrmals erwähnt habe, daß die Frauen gemeinhin nicht schreiben konnten oder nicht geschrieben haben, ihr Wissen also nicht für alle sichtbar als ein von ihnen selbst kommendes ausweisen konnten.

2.3. Eine neue Wissensform wird verbindlich

Bis hierher habe ich die Ursprünge des Konkurrenzverhältnisses zwischen Hebammen und Chirurgen besprochen, um zu zeigen, aufgrund welcher Erkenntnis- und Professionalisierungsinteressen männliche Spezialisten in das Gebiet der Geburtshilfe eindrangen. Die akademischen Mediziner wurden von mir zunächst vernachlässigt, da sie vor dem 18. Jahrhundert im Gegensatz zu ihren anatomisch versierten Kollegen kein eigenes Erkenntnisinteresse, sondern ein standespolitisches Ansinnen hatten und sich mit der Kritik an den Hebammen hauptsächlich profilieren wollten.

Die Chirurgen sind durch ihre Wissensinhalte und durch ihre Wissensform und ihre darauf basierende Kritik maßgeblich an der Konstruktion der »inkompetenten Hebamme« beteiligt gewesen. Dies wirkte sich auf den Alltag der Schwangeren und ihrer Helferinnen zwar zunächst kaum aus. Ärzte waren noch immer nur in Gefahrensituationen bei einer Geburt zugelassen. Im Laufe des 18. Jahrhunderts jedoch steigt mit der Anerkennung der Anatomie und Chirurgie und ihrer Aufnahme in den allgemeinen Wissenschaftskanon auch das Interesse an geburtshilflichen

[74] Fischer-Homberger bezieht sich hier wahrscheinlich nicht auf den deutschsprachigen Raum. Hier wurde erst 1852 ein Gesetz über den Einheitsstand der Ärzte erlassen (Ackerknecht 1974, S.189).

Vorgängen seitens der Mediziner. Die Geburt wird als Thema der Wissenschaft wiederentdeckt und zum Forschungsfeld erklärt, im politischen Klima des absolutistischen Staates wird dasselbe dann ausgebaut. Darauf werde ich im folgenden Kapitel eingehen.

Dem chronologischen Ablauf vorgreifend, möchte ich darauf hinweisen, daß Wissenschaftler den Bereich der Geburtshilfe nicht nur occupierten und das Wissen der Hebammen im Sinne ihrer Erfahrungskontexte zweckdienlich umformten, sondern ihre Sicht der Dinge als verbindlich und alleingültig betrachteten und vermittelten, die Sicht der geburtshilflich tätigen Frauen jedoch als »Geschwätz« und »Aberglauben« abtaten. Wissenschaftler des 19. Jahrhunderts fanden es deutlich angebracht, daß die Ausbildung der Hebammen in »männliche Hände« genommen wurde. Ein Medizingeschichtler urteilt über den Hebammenstand:

> „Ich will nicht darüber philosophieren, dass dieser Stand erst von dem Moment an in eine bessere Verfassung kam, seitdem das Wort an ihm wahr wurde, »ein Mann muß eure Schritte leiten«, aber ich muß hinweisen auf die Lehre, welche uns die Geschichte (...) erteilt, dass das Hebammenwesen *nur* durch einen gesunden zeitgemäßen Unterricht seitens erprobter Fachleute in Lehranstalten vervollkommnet werden kann."[75]

Weshalb ist dieser Arzt so überzeugt, daß die Geburtshilfe durch Männer verbessert wurde? Welche Kenntnisse sind es, die »den Mann« für dieses Fach geeignet machen und ihn autorisieren, Hebammen auszubilden?

Eine Auseinandersetzung zwischen einem Professor der Geburtshilfe und einer Hebamme Ende des 18. Jahrhunderts, die ausnahmsweise schriftlich dokumentiert ist, kann darüber Aufschluß geben. Hampe rekonstruiert folgenden Fall: Friedrich Benjamin Osiander, seit 1792 Direktor der Gebäranstalt der Göttinger Universität und die Hebamme Catherine Margaretha Klocke hatten gemeinsam einer gebärenden Frau beigestanden, die kurz nach der Entbindung verstarb. Osiander hatte daraufhin die Frau Klocke für den Tod der Wöchnerin verantwortlich gemacht. Die Hebamme verfaßte eine Verteidigungsschrift[76] , in der sie darauf einging, was ihrer Meinung nach am Verhalten des Professors während der Geburt falsch war. Um aufzuzeigen, wie sich die beiden Arten Geburtshilfe zu leisten unterschieden, vergleicht Hampe die Gegenvorwürfe Klockes mit einer zeitgenössischen Diffamierung der Hebammen durch den Vorgänger Osianders, Johann Georg Roederer. (Vergleichbarkeit wird dadurch gewährleistet, daß beide das Verhalten des jeweiligen Gegenparts während

---

[75] Pulz, S. 170, zitiert Hermann W. Freund: *Die Entwickelung der deutschen Geburtshilfe aus der Hebammenkunst.* In: Klinisches Jahrbuch 3 (1891), S. 75. Noch 1964 bemerkt Emil Lutz unter dem bezeichnenden Titel *Willkommen Klapperstorch. Vom Aberglauben zur Wissenschaft*, daß sich die Geburtshilfe in Frauenhänden praktisch nie über ein vorzeitliches Stadium hinausgehoben hätte, „erst als die Männer sich den Zutritt in die Gebärstube erzwangen, änderte sich das Bild." (Zit. b. Pulz 1994, S. 102)

[76] Klocke, C. M.: *Vertheidigung gegen einige Beschuldigungen des Herrn Professors Osiander.* Göttingen 1793.

einer komplizierten Geburt beschreiben, und zwar gleichermaßen mit dem Ziel, sich selbst vorteilhaft darzustellen.)
Die Autorin kommt zu dem Ergebnis, daß sich die Hebamme einer „beobachtend-begleitenden", der Arzt einer „analysierend-eingreifenden" Methode bedient (Hampe 1993, S. 17). Sie stellt die dafür sprechenden Kriterien nebeneinander (S. 16 f.):

Hebammen-Geburtshilfe	*Ärztliche Geburtshilfe*
1. Geduldiges Warten auf die „Hülfe der Natur"	1. Beschleunigung des Geburtsvorgangs
2. Urteil auf Grund von Erfahrungswerten, Tastsinn und Äußerungen der Frau	2. Diagnose aufgrund anatomischer, praxisunabhängiger Kenntnisse
3. Zureden und Beruhigen	3. Anspruch auf überlegene Einsicht, die dazu berechtigt, auch gegen den Willen der Betroffenen zu entscheiden
4. volksmedizinische Praktiken	4. manuelle und instrumentelle Eingriffe

An den Kriterien läßt sich der Gegensatz zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Wissen genau ablesen. Bei letzterem sind theoretische Kenntnisse, die zu Eingriffen berechtigen und die effiziente Handhabe dieser Interventionen, notfalls mit instrumenteller Hilfe, entscheidend. Für die Hebamme ist die Geburt zunächst einmal ein »natürliches« Lebensereignis, weshalb sie darauf vertraut, daß es »von selbst«, ohne Eingriffe von außen, zu einem Ende gebracht werden kann. Sie verläßt sich auf die Aussagen der betroffenen Frau und steht ihr als beruhigende Begleiterin bei.
„Demgegenüber bezieht sich die wissenschaftliche Geburtshilfe auf die Geburt als einen Prozeß, den man hervorbringen kann, und dessen Bedingungen und dessen Ablauf man kontrollieren kann und muß." (Böhme 1980, S. 47) Auf der Basis einer solchen Einstellung kann die Hilfe der Hebammen nur als überflüssig gedeutet werden, ja geradezu als gefährlich und verantwortungslos. Noch dazu bedienten sich die Frauen volksmedizinischer Praktiken, was nach Meinung der Ärzte reiner Aberglaube und vollkommen unsinnig war, selbst wenn sie erfahrungsgemäß halfen.
Ein Beispiel aus dem 20. Jahrhundert kann zeigen, daß erfahrungsgemäße Diagnosemethoden, die sich auf keinen medizinisch-theoretischen Hintergrund beziehen, schlichtweg als „Einbildung" gelten können. Durchaus vom überlegenen Stolz eines Menschen beseelt, der »Recht gehabt« hat, erzählt Marietta Hubacher, 83-jährige Hebamme im Allgäu:

> „Ich hatte wirklich nicht die Gabe des Hellsehens, aber ich hatte sehr gute Ohren. So konnte ich fast immer Nabelschnurumschlingungen am Geräusch der Nabelschnur hören. Wenn ein bestimmtes Zischen zu bemerken war, wußte ich, daß etwas nicht stimmte. Auf einen solchen Fall hatte ich den Arzt dringend

während einer Geburt aufmerksam gemacht und inständig gebeten, die Frau vom Entbindungsheim ins Krankenhaus zum Kaiserschnitt zu schaffen. Aber der Arzt meinte nur, ich bilde mir das alles ein. Zur Welt kam dann ein von der Nabelschnur erwürgtes totes Mädchen. Wenn man bei so vielen Geburten saß und sie von Anfang bis Ende mit dem Hörrohr immer verfolgt hat, bekommt man das ganz feine Gespür für Unregelmäßigkeiten im Geburtsverlauf. Aus diesem Grund können erfahrene Hebammen schon sehr früh sagen, ob die Geburt zum Problem wird und eine Entbindung im Krankenhaus notwendig ist."
(Grabrucker 1989, S. 117)

Wie es den Medizinern gelang, ihr Wissen verbindlich zu machen und als Verbesserung zu werten, soll im Anschluß geschildert werden.

3. Die Mediziner als Sachwalter staatlicher Interessen und die geburtshilfliche Klinik

3.1. Zum Zusammenhang aufklärerischen Gedankenguts, bevölkerungspolitischer Staatsinteressen und medizinischer Wissenschaft

Im Verlauf des 18. Jahrhunderts entwickelte sich ein neues Verhältnis zum Körper. Mit der Entdeckung der Arbeitskraft als ökonomischer Größe, stieg der Wert des Körpers insofern, als er zum Instrument individuellen und staatlichen Wohlstands werden konnte. Sowohl die Erhaltung und Mehrung des „Volkskörpers" als auch die Gesunderhaltung des einzelnen Bürgers wurde zur vordringlichen politischen Aufgabe. Das Individuum wurde in die Pflicht genommen, auf seine Gesundheit selbst zu achten: „Eine Fülle von Gesundheitsmanualen gab dazu detaillierte Anleitung. Sie normierten die gesunde Lebensführung in der Familie und unter der Aufsicht der Frauen, die als verlängerter Arm der Ärzte im Zentrum der Hygienekampagne standen." (Duden 1987, S. 28)
Ärzte fanden tatsächlich ein neues Betätigungsfeld darin, durch konkrete Programme und Anleitungen die bevölkerungspolitischen Absichten vor allem des preußischen Staates zu unterstützen. Johann Peter Frank machte 1779 den Anfang mit seinem Werk *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, er widmet den Fragen zur „Menschenproduktion" besondere Aufmerksamkeit. Darunter befinden sich Ratschläge zur Weiblichkeitserziehung, zu Stillvorschriften, zu gesundheits-förderlicher Kleidung sowie zur Reform der Hebammenausbildung, zur Einrichtung klinischer Entbindungsanstalten und zur Kontrolle lediger Schwangerer (Frevert 1986, S. 181).
Die Regelung und Kontrolle weiblicher Fruchtbarkeit findet sich dann auch 1794 im „Allgemeinen Landrecht der preußischen Staaten"[77] wieder, wo sich Paragraphen zu Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung und Kindsmord finden. Die Hebammen wurden

---

[77] Nach Änderung einer bereits 1791 vorliegenden Fassung in Kraft getretene Kodifikation des gesamten preußischen Rechts. Es umfaßte über 19000 Paragraphen des Zivil- und Strafrechts sowie des Verwaltungs- und Verfassungsrechts (vgl. Meyers Großes Taschenlexikon 1990, S.240).

nach dem neuen Recht der Verpflichtung enthoben, grundsätzlich alle ledigen Mütter anzeigen zu müssen, es sei denn, es bestand Verdacht auf Kindestötung (Schmitz 1994, S. 44). Auch durften sie den unehelich Geschwängerten keine Vorwürfe machen (Scherzer 1988, S. 68). Die Entlassung der Ammen aus ihrer seit den mittelalterlichen Kirchengerichten bestehenden Pflicht war eine logische Konsequenz des Ediktes von 1765, das ledige Mütter unter die besondere Aufsicht und den Schutz (was Unterstützungsansprüche anbelangte) des Staates stellte (Frevert 1986, S. 180). Das Edikt hatte den Sinn, die unehelichen Mütter davon abzuhalten, ihre Schwangeschaft zu verheimlichen und /oder ihre Kinder umzubringen, aus Angst vor Strafe und Schande. In diesen Zusammenhang gehört auch das Verbot für Ammen und Mütter (1794), Kleinkinder unter zwei Jahren mit zu sich ins Bett zu legen (Frevert 1986, ebd.), was den Sinn hatte, den Frauen die Möglichkeit zu nehmen den verschuldeten Tod des Kindes mit der Begründung zu verschleiern, sie hätten es aus Versehen im Schlaf erdrückt.
Die Absichten des Staates, den Bevölkerungsbestand mit den beschriebenen Mitteln »aufzustocken«, paarten sich mit den philantropischen Bemühungen aufgeklärter Zeitgenossen. Die Bestrafung lediger Mütter erschien zum Beispiel dem Pädagogen Christian Gotthilf Salzmann (1744-1811) nicht nur barbarisch sondern staatsfeindlich:

> „Sind denn diese Unglücklichen nicht gestraft genug? Müssen sie nicht die Verachtung der ganzen Stadt ertragen? (...) Es ist nicht genug, daß man das Schwerd führt, sondern man muß es auch mit Vernunft führen. Diese Unglücklichen hatten durch ihre Ausschweifungen einige Unordnungen im Staate angerichtet, die sie vielleicht durch gute Erziehung ihrer Kinder wieder gut gemacht hätten. Nun aber sind sie schlechterdings verdorben."[78]

Ähnlich sind auch die Bestrebungen des Ärztestandes zu deuten, durch eine „Medicinische Policey" der Menschheit zu dienen, d.h., im Interesse aller zu handeln, ganz in dem „Standesbewußtsein technischer, intellektueller und moralischer Überlegenheit ..." (Hitzler 1994, S. 17). Dieses Bewußtsein wird von Hitzler als Teil einer „Ideologie des Professionalismus"[79] bezeichnet, die beinhaltet, daß Experten, die zwar im Sinne der Machtinteressen eines Staates handeln, sich nicht als Diener der Macht sondern als „Diener der Gesellschaft als ganzer" (ebd.) begreifen. Es gelingt ihnen so, ihre Interessen als allgemeine zu qualifizieren.
Frevert macht darauf aufmerksam, daß in den ärztlichen Publikationen zu gesundheits- und bevölkerungspolitischen Fragen eines niemals fehlte, nämlich „der Hinweis, daß eine Verbesserung der desolaten Zustände lediglich mit Hilfe der Ärzte möglich sei." (Frevert 1986, S. 182). Im *Gesundheitskatechismus für das Landvolk und den gemeinen Mann* (1781), verfaßt von dem Würzburger Medizinprofessor Senfft, richtet sich zum Beispiel ein Arzt in einer Art Lehrgespräch an einen Bauern,

---

[78] In: Andrea van Dülmen (Hrsg.), *Frauen: ein historisches Lesebuch*, München 1995, S. 184.
[79] Hitzler übernimmt diesen Ausdruck von Alvin Gouldner.

der darüber aufgeklärt wird, daß er sich in Krankheitsfällen nicht auf den Rat und die Therapie der „Weibergemeinschaft" verlassen soll (Frevert 1986, S. 183). Nicht zufällig wendet sich der Mediziner an einen Bauern, denn gerade auf dem Lande und bei den unteren Schichten der Bevölkerung stieß das Gesundheitsanliegen des Staates (bis ins 20. Jahrhundert hinein) auf taube Ohren (Duden 1987, S. 32). Bauern und Frauen hatten gemeinsam, daß sie an den traditionellen Leibwahrnehmungen festhielten, weshalb sie gleichermaßen zum Beispiel für mangelnde Gesundheit wurden: „Ein neuer Begriff des individuell abgeschlossenen zur »Gesundheit« bestimmten Körpers, der einer grundsätzlich als unbeschädigt gedachten Natur entspricht, läßt die Körperlichkeit der Bauern und der Frauen als pathologisch erscheinen." (Duden 1987, S. 30)

So wie der Arzt den Bauern als ersten Adressaten für sein medizinisches Lernprogramm betrachtet, sieht er die Frauen als vornehmliche Konkurrenz in diesen Fragen. Senfft und andere Autoren der Zeit (Frevert 1986, S. 185) äußern sich erbost über die Einmischung in ihre Arbeit am Krankenbett besonders durch alte und erfahrene „Matronen", die mehr auf die Ingredienzen ihrer Hausapotheke schwörten als auf den Rat des Arztes.[80] Die so verursachten Verdiensteinbußen der Ärzte müssen diese sehr getroffen haben, denn weder ihre soziale Position noch ihre ökonomische Situation war mit der heutiger Mediziner vergleichbar: Obwohl die Ärztedichte äußerst gering war, war es offenbar schwierig, einen sicheren Kundenstamm aufzubauen, denn die breite Masse konnte eine Behandlung nicht bezahlen, und die wohlhabenderen Bürger- und Adeligenfamilien standen gesellschaftlich weit über den meisten Ärzten, wodurch diese von ihren Patienten abhängig waren und sich in der Form der Behandlung und in der Höhe des Honorars nach ihnen zu richten hatten (Frevert 1986, S. 184).[81]

In dieser prekären Situation kann es nicht verwundern, daß sich Ärzte zu Sachwaltern staatlicher Ziele machten, um ihre eigenen Betätigungsfelder zu sichern und auszudehnen. Die Gelegenheit war günstig. Die bereits oben angesprochene Forderung, die Ausbildung der Hebammen in männliche Hände zu legen, konnte nun mit bevölkerungspolitischen Argumenten bekräftigt werden. Mehr noch: die Sorge des absolutistischen Regimes um die schrumpfenden Volksmassen konnte genutzt werden, sich selbst als alleinige Retter anzubieten. Nach dem Vorbild Frankreichs, wollte man die Hebammen gerne aus der Geburtshilfe verdrängt sehen, um sich dort hervortun zu können. Den Hebammen wurde daher Unwissenheit und Grausamkeit vorgeworfen, wodurch sie der Nachkommenschaft Schaden zufügten:

---

80 Da es bis ins 19. Jahrhundert üblich war, daß die Ärzte ins Haus des Patienten kamen und nicht umgekehrt und sie deshalb unter den Augen der Familie ihre Arbeit tun mußten (Frevert 1986, S. 184), waren sie einer Kontrolle unterworfen, die ihre Forschungsmöglichkeiten begrenzte und deren Ergebnisse verfälschte. Welche Befreiung in dieser Hinsicht das Spital war, beschreibt auch Foucault (1988, S. 123).

81 Konkurrenz erwuchs den Ärzten dort, wo es keine Medizinerkollegien gab, auch aus den eigenen Reihen. Dies galt z.B. für den Medicus Storch, dessen Schriften Duden 1987 untersucht: „Die Bedrohung erwächst nicht von unten, durch »Pfuscher« und andere unakademische Heiler, sondern durch die eigene Gruppe, deren Fortkommen allesamt an den Unwägbarkeiten des Hofstaates zu hängen scheint." (S. 79)

„Wem kann es noch unbekannt sein, daß durch die große Unwissenheit der Hebammen eine Menge fruchtbarer Bürgerinnen und rechtschaffener Mütter, welche noch viele Mitglieder dem Staate liefern könnten, oft bei der ersten Geburt auf die grausamste Art erwürget werden? Wer weiß es nicht, daß jährlich eine große Menge unschuldiger Kinder, noch ehe sie geboren worden, von denen mörderischen Händen ungeschickter Wehemütter wieder getödtet, oder, wenn sie auch am Leben, verstümmelt werden?"[82]

Der Ruf nach einer Ausbildung der Hebammen durch Mediziner war bereits beantwortet worden. Die erste Hebammenschule im deutschsprachigen Raum, in der Schülerinnen durch einen männlichen Lehrmeister ausgebildet wurden, wurde 1728 in Straßburg in den Räumen des Bürgerspitals eröffnet.[83] Der Stadtrat ernannte noch im selben Jahr den Arzt Johann Jacob Fried zum Hebammenmeister (Schäfer 1995, S. M 142). Er hatte sich für diese Aufgabe qualifiziert, indem er nach seinem Medizinstudium drei Monate an der Entbindungsabteilung des Pariser Hôtel-Dieu gearbeitet hatte (Karenberg 1991, S. 901), wo bereits seit den 60er Jahren des 17. Jahrhunderts Accoucheure[84] praktizierten. Fried setzte sich dafür ein, daß außer den Hebammen auch Medizinstudenten bei ihm lernen konnten, woraufhin ihm „ein biß zwei Persohnen" von der Stadt gewährt wurden (Schäfer 1995, ebd.).
„Es ist allgemein anerkannt," kommentiert Karenberg, „daß von der »Kindbettstube« in Strassburg wesentliche Impulse für die deutsche Geburtshilfe des 18. Jahrhunderts ausgegangen sind. Fast alle wichtigen Vertreter der ersten zwei Geburtshelfer-Generationen haben im Bürgerspital gelernt." (Karenberg 1991, S. 902)[85] Nach 1750 entstanden tatsächlich an das Straßburger Modell angelehnte neue Hebammenschulen und es dauerte nicht lange, bis in anderen Universitätsstädten auch geburtshilfliche Kliniken gegründet wurden, an denen Hebammen und Medizinstudenten gemeinsam unterrichtet werden konnten (Schäfer 1995, S. M 142). Karenberg, der der Entwicklung relativ wohlwollend gegenübersteht, betont, die Hebammenschulen und geburtshilflichen Kliniken seien als „peuplierungspolitische Instrumente zu verstehen." (ebd., S. 910) Die Ärzte waren also erfolgreich darin, der Obrigkeit ihre bessere Eignung für die Sicherung der Bevölkerungszahlen zu beweisen. Wie ich noch ausführen werde, beruhte diese Eignung aber eher auf einer überzeugenden Argumentationsstrategie als auf der realen Basis lebenserhaltender Praxis.
Das erste öffentliche Plädoyer für die Einführung männlicher Geburtshilfe stammt von Johann Georg Roederer, der sich 1751 in seiner Antrittsrede als Pionier-

---

82 Frevert, S. 193, zitiert Graff: *Plan zur Errichtung eines Hebammeninstituts für Westpreußen*, in: J.T. Pyl (Hg.): Neues Magazin für die gerichtliche Arzneikunde und medizinische Polizei, Stendal 1787.

83 Weitere Schulen folgten in einigem zeitlichen Abstand: 1761 in Kassel, 1765 in Altona, 1775 in Fulda und 1777 in München (Grabrucker 1989, S. 227).

84 „Accoucheur" ist die französische Bezeichnung für (männliche) Geburtshelfer. Weiter oben hatte ich bereits den Chirurgen Mauriceau als ersten Vertreter dieses Faches in Frankreich genannt.

85 Ackerknecht (1974) bemerkt zur Hebammenschule in Straßburg, sie scheine „noch ziemlich primitiv gewesen zu sein. Als Johann Peter Frank dort studierte, war ein Ex-Walfänger sein Mitstudent." (ebd., S. 188)

Lehrstuhlinhaber der *ars obstetriciae* (Hebammenkunst) in Göttingen für sein Fach stark machte (Hampe 1993, S. 13). Dabei bediente er sich vor allem eines Schachzuges, den Hitzler (1994, S. 18) als „Kultur der erfolgreichen Kompetenzdarstellung (...) und der überlegenen Rhetorik" professionalisierter Experten bezeichnet:

„Seine Argumentation bewegte sich (..) zwischen zwei Polen - zwischen tadelnder Rückschau und optimistischer Zukunftsvision. Was Hebammen und Chirurgen bisher geleistet hatten, wurde von ihm völlig verworfen und mit harten Worten angeprangert: Sie allein seien schuld am Tode unzähliger Frauen und Kinder." (Hampe 1993, S. 13)

Er selbst und seine Zunft (die gelehrten Mediziner) dagegen, beendeten dieses Massaker nach seinen eigenen Worten als „heilbringende(r) Engel" (Hampe 1993, S. 14). Wer kann da widerstehen? Interessant ist, daß Roederer nicht nur die Hebammen als alleinige Übeltäterinnen ausweist, sondern auch seine handwerklich orientierten Kollegen, die Chirurgen. Es wird so noch deutlicher, daß er wahrscheinlich eher aus professionellem Ehrgeiz heraus urteilte als aus Wahrheitsliebe.

Die Gebäranstalten, in denen Wissenschaftler wie Roederer lernen und üben konnten, waren gleichfalls weniger von Menschenliebe bzw. aufgeklärtem Philantropismus, sondern stärker vom Forschergeist der Accoucheure geprägt.

3.2. Die Gebäranstalt als Übungsfeld einer aufstrebenden Wissenschaft

3.2.1. Funktionen der Entbindungsanstalten

Als gegen Ende des 18. Jahrhunderts in den deutschen Territorialstaaten eine „Gründungswelle" (Karenberg 1991) von Hebammenschulen und Gebäranstalten einsetzte, konnten sich Ärzte endlich wissenschaftlich mit der Geburt des Menschen befassen. Der Mediziner Bumm konnte 1903 den Triumph der Kollegen von damals offenbar nachempfinden, denn er jubelte: „Der Bann war gebrochen! Bestanden die meisten dieser Institute auch nur aus einigen notdürftigen Räumen, (...) eines wenigstens boten sie alle: Die ungestörte Gelegenheit zum Beobachten und Lernen. Und das war die Hauptsache!"[86]

Diese Meinung eines Arztes einmal so deutlich zu sehen ist sehr aufschlußreich, denn im Grunde war die Ausbildung angehender Ärzte durchaus nicht der hauptsächliche und erklärte Zweck der Gebäranstalten, deren Räumlichkeiten allerdings häufig unzureichend waren.

Die Anstalten hatten eine dreifache Bestimmung (Preußler 1985, S. 15):

1. Heimliche und kostenlose Geburt für ledige und verheiratete arme Mütter zu ermöglichen
2. Hebammenschülerinnen auszubilden
3. Studenten der Medizin und der Chirurgie auszubilden.

---

[86] E. Bumm: *Grundriß zum Studium der Geburtshilfe*. Wiesbaden 1903, S. 14. Zit. bei Preußler 1985, S. 10.

Der erste Punkt bezeichnet den sogenannten Wohltätigkeitszweck der Anstalten. Ledige Schwangere sollten ohne ihre Schande der unehelichen Geburt offenbaren zu müssen in Ruhe niederkommen können. »Heimlich« wäre allerdings zu viel gesagt, denn hinter den »wohltätigen« standen administrative und polizeiliche Zwecke. In der Münchner Gebäranstalt, die Preußler untersucht[87] , mußten die Frauen bei ihrer Ankunft zunächst durch persönliche Befragung oder Formblätter bei Polizeibeamten ihre Personalien abliefern (Preußler 1985, S. 80) sowie die Umstände ihrer Schwängerung preisgeben. In München galt das Accochierhaus als einzig legitimer Niederkunftsort für „gefallene Frauen" und war als solches von der Stadt autorisiert (ebd., S. 16). Gescheiterte Abtreibungsversuche konnten so aufgedeckt, Kindsmordfälle sollten reduziert werden.[88] Für die gewährleistete unentgeldliche Aufnahme und Versorgung in der Anstalt mußten sich die Frauen allerdings zu Unterrichtszwecken zur Verfügung stellen, was selbst nach Meinung des Direktors der Münchner Einrichtung ein unangenehmes Geschäft war, „denn diese Herabwürdigung zur Maschine fällt den meisten ohne Vergleich schwerer, als die anstrengendste körperliche Arbeit."[89] Letztere mußte ohnehin in den meisten Anstalten dennoch geleistet werden, in Marburg stellten die Schwangeren beispielsweise das Leinzeug für das Gebärhaus her (Metz-Becker 1994, S. 218). Preußler stellt für München fest:
„Zwar erkennt jeder der Direktoren die tragische Situation der Frauen; die Benützbarkeit für die Wissenschaft hat aber gegenüber der humanen Komponente Vorrang. Das Wissenschafts- und Bildungsinteresse tritt somit klar in den Vordergrund." (Ebd., S. 83)
Zwar nahmen Hebammen und Studenten gleichermaßen am Unterricht und den praktischen Übungen teil, man achtete allerdings sehr genau darauf, daß jeder lernte, was ihm zukam. Die Hebammen sollten nach ihrem viermonatigen Kurs lediglich Kenntnisse haben, die sich auf „natürliche Geburten" bezogen, sie durften weder geburtshilfliche Instrumente noch Medikamente einsetzen (Preußler 1985, S. 100/101). Das Ausbildungsziel für die männlichen Zöglinge war dagegen, diese so weit in der Wissenschaft der Geburtshilfe zu unterweisen, daß hernach „ihre geburtshülfliche Praxis (...) von der Meisterhand des handelnden Künstlers Zeugniß gibt."[90]
Es wurde also genau darauf geachtet, daß die Aufgaben der Hebamme exakt von denen des Arztes abgegrenzt wurden, wodurch erst das Komplementärverhältnis der beiden Berufe entstand, das ich eingangs (Kap. I, 3.) andeutete. Für die Geburtshelferinnen hieß dies allerdings, daß ihr Wirkungsbereich massiv eingeschränkt wurde, der der Wissenschaftler aber erweiterte sich zu einem neuen Arbeitsmarkt.

---

87 Preußler untersucht die Münchner Gebäranstalt und deren Einzugsklientel im Zeitraum zwischen 1832 bis 1853. 11000 Frauen durchliefen die Einrichtung in diesen Jahren.

88 In Gebieten, in denen auf „Unzucht" Strafe stand (zum Beispiel Kurhessen 1803), wurde den Frauen dieselbe erlassen, wenn sie sich bereit erklärten im Accouchierhaus zu entbinden (Metz-Becker 1994, S. 213).

89 Preußler 1985, S. 81, zit. Dr. Berger, einen Direktor d. Münchner Gebäranstalt, in einem Brief von 1837 an den Magistrat der Stadt München.

90 Preußler 1985, S. 104, zit. aus dem Jahresbericht (1848) von Dr. Martin, Nachfolger Bergers.

Da die Hebammen mittlerweile verpflichtet waren, einen Lehrkurs zu absolvieren, wenn sie praktizieren wollten oder zumindest eine Prüfung vor dem Medizinalrat ihres Kreises abzuleisten, wurde die alte Lehrmethode, einige Jahre mit einer erfahrenen Hebamme mitzugehen und die eigene Erfahrung, selbst Kinder geboren zu haben, in den Hintergrund gedrängt.[91] Solche Voraussetzungen waren nun nicht mehr so wichtig. Auch das Alter der Hebammen spielte für die prüfenden Instanzen keine Rolle, bzw. diese waren eher einverstanden mit ganz jungen Frauen als mit großmütterlichen.[92]
So entstanden ausgesprochen unsinnige Prüfungsentscheidungen. Bab schildert den Fall der Hebamme Brand aus dem Kurfürstentum Köln, die 1787 ihre Prüfung vor dem Medizinalkollegium nicht bestand, weil sie die vielen lateinischen „Kunstwörter" nicht kannte, weshalb sie Praxisverbot erhielt, obwohl sie schon 5000 Geburten betreut hatte (Bab 1994, S. 18).

3.2.2. Die Geburtshilfliche Klinik [93]

Die Frauen, die in einem Entbindungshaus aufgenommen wurden, konnten sich dort nur geringer Fürsorge erfreuen. Im Grunde waren sie für die Anstaltsleitung lediglich als Schwangere, also als Untersuchungsobjekt interessant, bereits Niedergekommene wurden gar nicht erst angenommen, mit der Begründung, sie seien „zum Unterricht nicht zu gebrauchen (..)." (Metz-Becker 1994, S. 220)
Die Ausdrücke mit denen damalige Geburtshelfer ihr Klientel bedachten, werfen ein Licht auf ihre Haltung demselben gegenüber. Die Gebärabteilung der Berliner Charité wurde unverblümt „Abteilung zur Entbindung liederlicher Weibsstücke" getauft (Karenberg 1991, S. 903), wobei die dort eingelieferten Frauen für diese Bezeichnung noch dankbar sein konnten, denn sie ließ wenigstens ihre Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung nicht unberücksichtigt. Für den Göttinger Direktor Osiander, den Nachfolger Roederers, waren sie dagegen einfach „lebende Fantome"[94] , für den Arzt Dohrn sogar „schwangeres Material" (Metz-Becker 1994, S. 216).
Die Bezeichnungen weisen auf die tatsächliche Funktion der Gebäranstalten hin: für die medizinischen Leiter bestand sie darin, ungehindert forschen und lehren zu können, wozu sie natürlich »Unterrichts- und Anschauungsmaterial« benötigten.

---

[91] Ein Beispiel aus den Frankfurter Hebammenordnungen: War 1816 der Ausbildung einer Hebamme bereits genüge getan, wenn sie einige Zeit als „Beiläuferin" bei einer erfahrenen Amme gelernt hatte, so änderte sich das Bild 1841 gravierend. Entweder mußten nun zwei Lehrkurse des Stadtaccoucheurs oder die öffentliche Lehranstalt besucht werden. Die nachfolgende Prüfung des Sanitätsamtes mußte bestanden werden, um praktizieren zu dürfen (Scherzer 1988, S. 163).

[92] Auch hier lohnt sich wieder ein Blick in die Frankfurter Ordnungen: 1703 sollte eine Hebamme verheiratet oder verwitwet, aber auf jedenfall Mutter sein. 1816 sollte sie lediglich nicht zu alt und nicht zu jung sein. 1841 kehrt sich die ursprüngliche Forderung plötzlich um: die Frau sollte nun möglichst unverheiratet oder kinderlose Witwe sein und nicht älter als 25 Jahre bei Berufseintritt (Scherzer 1988, S. 161).

[93] „Klinik" bedeutet gleichzeitig (Spezial)krankenhaus und ärztlicher Unterricht am Krankenbett.
(Duden Bd. 1: *Die Rechtschreibung*, 1980)

[94] Metz-Becker 1994, S. 213, fand diesen Ausdruck in dem Werk von F.B. Osiander: *Denkwürdigkeiten für die Heilkunde und Geburtshilfe*, Göttingen 1794. „Fantome" hießen die Holzpuppen, an denen die SchülerInnen der Geburtshilfe übten, bevor sie auf lebendige Frauen »losgelassen« wurden.

Solches war nicht unter den verheirateten und wohlhabenden Bürgersfrauen zu finden, denn diese gebaren zu Hause mit der Hilfe einer Hebamme, und wenn sie doch einmal einen Arzt kommen ließen, so mußte er mit abgewandtem Gesicht unter einem Leintuch agieren (Duerr 1994, S. 58). Daß die Frauen sich schämten, war den Medizinern sehr lästig. Es gibt Zeugnisse, die ihren Ärger über dieses Forschungshindernis offenbar werden lassen. Die „übertriebene Schamhaftigkeit" hielt die potentiellen Kundinnen davon ab, sich „geübten und gelehrten Geburtshelfer(n)" anzuvertrauen[95]. Sie wollten „lieber ein Raub des Todes werden", als sich den Blicken einer fremden „Mannsperson" auszusetzen[96].
In der Anstalt konnten solch unliebsame Schranken beseitigt werden, denn man hatte es ja mit »gefallenen Mädchen« zu tun, die ohnehin ihre Ehre verwirkt und damit auch kein Recht mehr darauf hatten, sie zu schützen. In München beispielsweise kehrten sich die Verhältnisse im Vergleich zu den Bürgerhäusern geradezu um, nicht die Ärzte mußten den Blick abwenden, sondern den Frauen wurden die Augen verbunden: „Da es früher häufig zu Zwischenfällen gekommen war, hatte man eingeführt, daß den nackten Frauen in ihrer schweren Stunde die Augen mit einem weißen Laken verdeckt wurden." (Preußler 1985, S. 135)
Auf diese Art und Weise anonymisiert, aus der Familie und dem vertrauten Umfeld herausgelöst, konnten die Frauen dem klinischen Blick freigegeben werden. Mit zunehmender Medikalisierung des Geburtsvorgangs wurde der weibliche Körper zu einem Gebärapparat, seine Funktionen waren „einer mathematischen Demonstration fähig" (Metz-Becker 1994, S. 217), wie Professor Stein, der Leiter der Bonner Entbindungsklinik, zu Beginn des 19. Jahrhunderts bemerkte. Stein war bekannt als besonders operationsfreudiger Geburtshelfer, er „scheute weder Mühen noch Kosten, komplizierte Fälle auch aus der weiten Umgebung in die Klinik bringen zu lassen, um eine lehrreiche Operation durchführen zu können." (Bab 1994, S. 19)
Überhaupt waren die Accoucheure an normal verlaufenden Geburten nicht unbedingt interessiert (Frevert 1986, S. 198). Nach französischem Vorbild gab es verschiedene „Schulen" in der wissenschaftlichen Geburtshilfe: künstliche Techniken, wie die Zangenentbindung, die gewaltsame Dehnung des Muttermundes mit Dilatatorien, die Perforation des Kindes mit Sägen, Hirnlöffeln und Hebeln, Kaiserschnittoperationen an Lebenden, auch vor der Einführung des Chloroforms (Metz-Becker 1994, S. 214) und die sogenannte „natürliche Geburtshilfe", praktiziert beispielsweise vom Wiener Anstaltsleiter Boër. Dieser lag mit dem Göttinger Professor Osiander in beständigem Expertenstreit darüber, ob man eine Geburt der „Natur" überlassen oder durch künstliche Mittel in das Geschehen eingreifen solle (Gubalke 1964, S. 94). Osiander war ein Anhänger der Zangenentbindung[97], die sich zu seiner Zeit (Ende des 18. Jahrhunderts) großer Beliebtheit erfreute, sie machte noch 1830 zwischen 50 und 80 % aller operativen Geburten in den beiden Gebärhäusern Berlins

---

95 Frevert 1986, S. 193, zitiert aus einem Artikel des Mediziners J.A. Unzer, in: Der Arzt. Eine medizinische Wochenschrift, Bd. 4, Hamburg 1769
96 Duerr 1994, S. 384, gibt eine Klage des Arztes Johann Georg Krünitz wieder.
97 Osiander beendete von 2540 Entbindungen 1016 mit der Zange (Scherzer 1988, S. 71).

aus (Frevert 1986, S. 199). In diesen Anstalten wurden insgesamt 15, 4 % aller Geburten mit chirurgischen Eingriffen beendet (ebd.), andere Häuser haben sehr viel positivere Bilanzen. Die Münchner Gebäranstalt gab Mitte des 19. Jahrhunderts an, 92 bis 96 % „natürliche Geburten" zu betreuen (Preußler 1985, S. 104). Preußler wendet allerdings ein, das Ergebnis müsse geschönt sein, denn aufgrund der hohen Auszubildendenzahlen sei es gar nicht möglich gewesen, so vielen Geburten einfach ihren Lauf zu lassen. Dazu muß man wissen, daß die Ausbildungsbestimmungen in der gemeinten Gebäranstalt 25 „natürliche Geburten" und 10 „regelwidrige" für die Hebammenschülerinnen vorschrieben (Preußler 1985, S. 102). Da die Studenten gerade in der „Kunst" der Geburtshilfe ausgebildet werden sollten, werden sie weit mehr Gelegenheit bekommen haben, bei „regelwidrigen" Geburten Hand anzulegen.[98]

Die Ausbildungsbestimmungen der Accouchieranstalten sorgten außerdem dafür, daß alle Schüler und Schülerinnen regelmäßig sogenannte „Touchierübungen" an den Wöchnerinnen durchführten. Man hatte erkannt, daß das Tasten ein geeignetes Mittel war, sich Klarheit über den Geburtsvorgang und die Veränderungen des Muttermundes zu verschaffen. Für diese Übungen mußten vor allem die ärmeren unter den Frauen herhalten, sofern es zahlende Kundinnen gab, waren diese vom Unterricht befreit und hatten ein Recht auf menschenwürdige Behandlung (Preußler 1985, S. 134). Da in den meisten Anstalten die Zahl der Auszubildenden und nicht die der Wöchnerinnen im Verhältnis überwog, müssen die Übungsstunden für die Frauen eine Tortur gewesen sein. Ein Beispiel aus der Münchner Gebäranstalt: „Während des Lehrkurses übten im Schnitt 70 bis 80 Schülerinnen an 30 bis 40 Pfleglingen aus der 'Armenklasse', die man zu Unterrichtszwecken benutzen durfte. Nach der Aufnahmebeschränkung von 1837 sank diese Zahl auf unter 10!" (Preußler 1985, S. 103)

Zu Roederers Zeiten suchten jährlich etwa 20 Schwangere das Göttinger Institut auf, etwa die gleiche Anzahl Studenten besuchten es *pro Semester* (Hampe 1993, S. 18). In Marburg waren die Verhältnisse nicht anders. Metz-Becker berichtet aus dem Protokoll der Anstalt vom 19.12.1852: „Auch bei spontanen, nicht operativen Geburten wurden die Studenten zu Übungszwecken hinzugezogen. So wurde Anna Maria Steinbrecher aus Treysa unter der Geburt von neun Studenten und dem Gehilfsarzt innerlich untersucht und schließlich von einem Studenten im höheren Semester entbunden. Als sie ohne ihr Kind in ihren Heimatort kam, fragte man sie dort, ob es denn nun tot und »von den Studenten vermetzgert« worden sei." (S. 225/226)

Das Recht in den Geburtsvorgang einzugreifen - oder auch nicht, selbst wenn ein Eingriff geboten schien - nahmen sich die Ärzte selbstverständlich heraus. Dabei war der niedrige Status der Frauen von entscheidender Bedeutung, denn er legitimierte offenbar den menschenverachtenden Umgang mit ihnen. Bestätigende Parallelen für

[98] Bestätigt wird diese Annahme zum Beispiel durch folgende Aussage des Professors Osiander: „...kommt es vorzüglich darauf an, so viele Operationen an Lebenden zu sehen als möglich, und auch da unter Aufsicht und Leitung eines Lehrers Hand anzulegen, ehe man sich selbst überlassen, zur Privatpraxis übergehet." (Metz-Becker 1994, S. 220, zit. Osiander: *Denkwürdigkeiten für die Heilkunde und Geburtshilfe...*, a.a.O.)

diese Haltung bietet der Bericht einer Hebamme über ihre Arbeit an einer Klinik während des Nationalsozialismus:

> „Unter den Hausschwangeren der Klinik befanden sich auch die Fremdarbeiterinnen aus Rußland und Polen. Sie mußten die schweren Arbeiten im Haus verrichten, zugleich waren sie in extremem Ausmaß Unterrichts- und Anschauungsmaterial für die Studenten und angehenden Ärzte. Manchmal standen bis zu zwanzig Leute bei der Geburt um die Frau, an der alle Geburtsvorgänge demonstriert werden konnten. (...) Natürlich wurden sie während der Geburt von allen Studenten und Schülerinnen manuell untersucht - auch wenn es fünfundzwanzig waren. An einen Fall kann ich mich besonders gut erinnern, denn es wurde vom Professor absichtlich gezeigt, was passiert, wenn die Gebärmutter zu zerreißen droht und nicht eingegriffen wird. Es war eine Polin, an der man den Versuch machte. Sie hat so geschrien und gelitten, daß ich veranlaßte, ihr heimlich eine Morphiumspritze zu geben. Aber dann mußte ich weglaufen, ich konnte nicht mehr zusehen."
> (Marietta Hubacher, bei Grabrucker 1989, S. 110 f.)

Die entehrenden und beschämenden Untersuchungen[99] sowie die hohe Mortalitätsrate[100] von Wöchnerinnen und Säuglingen und die Freigabe Verstorbener für die Sektion machten die Gebärhäuser in der Bevölkerung ausgesprochen unbeliebt. Die ledigen Schwangeren zahlten lieber für eine Hebamme und kamen in einer Wochenstube nieder, als sich diesen Gefahren auszusetzen (Frevert 1986, S. 203). Mitte des 19. Jahrhunderts wurde versucht, die Einrichtung von Wochenstuben zu verbieten, um den Accouchieranstalten die Lieferung ihres »Unterrichtsmaterials« zu erleichtern, ein Versuch, der auf den erbitterten Widerstand der Hebammen traf und deshalb vereitelt wurde (Grabrucker 1989, S. 228).
Als etwa zur selben Zeit eine Epidemie bekannt wurde[101], die ein halbes Jahrhundert die wissenschaftliche Geburtshilfe überschattete, das sogenannte »Kindbettfieber«, steigerte sich die Angst der Frauen vor dem Accouchierhaus, denn dort häuften sich die Todesfälle. Von 1816 bis 1875 kamen im Königreich Preußen 364 000 Mütter durch das Fieber um (Gubalke 1964, S. 96). Zu spät glaubte man dem Wiener Geburtshelfer Dr. Philipp Ignaz Semmelweis (1818 - 1865), daß die Seuche durch die Hände der Mediziner ausgelöst wurde. Ärzte und Studenten untersuchten lebende

---

99 Zwar versuchte man, einige Vorkehrungen zur „Schonung" der Frauen zu treffen, diese waren jedoch wenig geeignet, Schamgefühle zu verhindern. Der Mediziner Dohrn berichtet: „In Gießen stand in der Unterrichtsstunde die Schwangere hinter einem dicken Vorhang und der Praktikant durfte nur durch einen kleinen Schlitz des Vorhanges seien Finger in die Genitalien der aufrecht stehenden Schwangeren einführen, worauf der Praktikant über den Befund referierte." (R. Dohrn, *Geschichte der Geburtshilfe der Neuzeit*, Tübingen 1903, Bd. 1, S. 84. Zit. bei Metz-Becker 1994, S. 226)

100 Diese ergab sich nicht daraus, daß hauptsächlich schwere Fälle in die Kliniken eingeliefert wurden. Die Frauen in den Accouchieranstalten hatten sich „aus purer sozialer Not" für eine Entbindung dort verdingt (Metz-Becker 1994, S. 218).

101 Bemerkt wurde das Kindbettfieber bereits 1803 von Professor Stein in Marburg (Metz-Becker 1994, S. 222).

Frauen, nachdem sie mit ungewaschenen Händen aus dem Sektionssaal kamen. Semmelweis ordnete in seiner Klinik gründliche Chlorwaschungen an und verhinderte damit den Tod vieler Mütter, die zuvor an der Infektion mit Leichengift starben. Nachdem er 1861 seine Erkenntnisse veröffentlichte stieß er auf große Ablehnung seitens seiner Kollegen (Fischer-Homberger 1979, S. 28).
Die Geschichte des Kindbettfiebers birgt einen perfiden Zusammenhang: die medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnismethode, die anatomische Studie an einer Leiche, wirkt auf die lebende Mutter alles andere als segensreich zurück. An der Wissenschaft wurde jedoch keinen Moment gezweifelt. Statt sich selbst den Fehler einzugestehen, schoben die Angehörigen der Medizinerzunft die Schuld lieber den Hebammen und den Frauen selbst zu. So machte Dr. Dohrn die Hebammen auf dem II. Internationalen Hebammenkongreß für das Kindbettfieber verantwortlich und plädierte gleichzeitig für das Verbot der inneren Untersuchung und der Plazentalösung durch die Geburtshelferinnen (Gubalke 1964, S. 115). Der „schlechte Lebenswandel" und die „Unsauberkeit" der Anstaltsinsassinnen taten nach Meinung der Ärzte ihr Übriges, die Krankheit zu fördern (Preußler 1985, S. 136). Der Physikus Dr. Faus glaubte in den 1890er Jahren ebenfalls, daß Hebammen die Schuld am Sterben der Frauen trugen (Mobers 1995, S. 467). Auf seine Forderung hin mußte beim Auftreten einer Erkrankung von den beteiligten Hebammen ein Nachweis erbracht werden, daß sie die Hygienevorschriften eingehalten hatten, Ärzte und Wochenpflegerinnen waren von dieser Auflage nicht betroffen (ebd.).
Die Tatsachen zeigen unabweisbar, daß weder der Wohltätigkeitsgedanke, noch die bevölkerungspolitischen Ambitionen des Staates durch die Entbindungsanstalten eine Erfüllung fanden. Vielmehr dienten die Einrichtungen genau zwei Zielen:

1. Forschungsmöglichkeiten für die medizinischen Wissenschaftler und damit eine Ausweitung ihrer Kompetenzen zu schaffen.
2. Ledige Mütter und die weibliche Fruchtbarkeit zu disziplinieren und unter die Kontrolle des Staates zu bringen.

Die Insassinnen der Anstalten dienten den Medizinern als »Anschauungsmaterial«, auf ihren Körpern konsolidierte sich eine neue „Wissenschaft vom Weibe" (Honegger 1991, S. 208), eine Wissenschaft, die die Frauen schließlich unter dem Namen *Gynäkologie*[102] als Gattungswesen markierte. Obwohl die erste und die zweite Generation der geburtshilflichen Kliniker, Fried und Roederer, Boër und Osiander, noch keine systematischen Betrachtungen über das Wesen der Frau und den weiblichen Organismus angestellt hatten (Honegger, S. 203f.), legten sie dafür den Grundstein, indem sie die Geburtshilfe als wissenschaftliches Fach an den medizinischen Fakultäten etablierten.

---

[102] Das Wort Gynäkologie wurde von Carl Gustav Carus geprägt und bezeichntete nach seiner Auffassung „die Lehre von der Eigenthümlichkeit des weiblichen Körpers, seinem Bau, seinem Leben, seinen Krankheiten und der ihm angemessenen so diätetischen als ärztlichen Behandlung nach." (Honegger 1991, S. 208, zit. aus dem Werk von Carus, *Lehrbuch der Gynäkologie (...)*, Leipzig 1820, Bd. 1, S. 3 f.)

3.3. Endgültige Legitimierung »männlicher« Geburtshilfe

Während des 19. Jahrhunderts gelang es den Ärzten erstmals, ihren Einfluß nicht nur staatlich, sondern auch bei ihrer eigentlichen Zielgruppe, der Familie, geltend zu machen. Zunächst in den oberen bürgerlichen Schichten und später auch in den Arbeiterfamilien (durch den Ausbau des Krankenkassenwesens) setzte sich der Arzt als „Vertrauter und Berater" in allen Gesundheits- und Lebensfragen durch (Frevert 1986, S. 203).

Auf dem Gebiet der medizinischen Wissenschaft vollzogen sich formal einige Neuerungen. Am 8. Oktober 1852 wurde ein Gesetz über den Einheitsstand der Ärzte verabschiedet, das die Trennung zwischen Arzt und Chirurg aufhob (Schmitz 1994, S. 28). Die Ärzte beteiligten sich zu jener Zeit intensiv an Fragen der Standesverwaltung und der Medizinalgesetzgebung und „insistierten auf der Ab-schaffung jeglicher staatlicher Bevormundung und Beaufsichtigung." (ebd.) Die Hebammen hingegen wurden immer stärker eingeschränkt und reglementiert. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts galt das Hebammenwesen als vollständig geordnet und systematisiert (Grabrucker 1989, S. 232). Man legte genaue Bezirke fest, für die einzelne Hebammen zuständig waren, wollte eine den Beruf der Geburtshelferin ergreifen, so wurde vom Landesgerichtsarzt entschieden, ob sie sich dafür eignete und zwar hinsichtlich Religion, Sittlichkeit und Folgsamkeit (ebd., S. 233). „Damit war es den Ärzten gelungen, schon weit im Vorfeld eine bestimmte Auslese unter den Frauen zu treffen und die für ausbildungsfähig zu halten, deren sie sich sicher sein konnten bei der Befolgung ihrer Anordnungen und Abgrenzungen der Tätig-keitsbereiche." (ebd.)

Wie sie bei der Krankenpflege zu ihrer Entlastung „Hilfspersonal" brauchten, womit sie „in der Regel Frauen" meinten (Frevert 1986, S. 190), sorgten die Mediziner in der Geburtshilfe dafür, daß die Hebammen unter ärztlicher Kontrolle standen und ihre Kompetenzen nicht überschritten. Forderungen der Frauenbewegung, das Medizinstudium auch für Frauen zu öffnen, stießen auf Ablehnung der männlichen Wissenschaftler, die sich zum Teil kurioser Begründungen dafür bedienten, weshalb es keine Ärztinnen in der Geburtshilfe geben konnte.

Ein besonders schönes Beispiel fand ich in einer Hebammenzeitschrift, die einen Beitrag des Professors Dohrn in der „Medicinischen Wochenschrift", verfaßt um die Wende des 19. Jahrhunderts, abdruckte. Der Professor schreibt:

> „Eine Aerztin hat weder die psychische Kraft, noch auch die Eigenschaften von Verstand und Willensenergie, welche für die Beherrschung der Sachlage unumgängliche Erfordernisse sind. Am leichtesten kommen wohl diese Mängel des weiblichen Geschlechtes zum Verständnis, insoweit es sich dabei um Anforderungen an physische Kraftleistung handelt. So mancher College fühlt noch Tage lang in den Arm- und Rückenmuskeln die Nachwirkungen einer schweren Zangenextraction. Nun denke man sich ein ärztliches Fräulein vor solchen Fall gestellt! Solch ein Bild könnte nur komisch wirken, falls es nicht zu ernst wäre. Oder will man etwa annehmen, dass die Aerztin ja auch eine stattliche Frau sein könnte? Dann würde man jedenfalls für die Zeit von

Schwangerschaft und Wochenbett ihr einen längeren Dispens von geburtshilflichen Operationen bieten müssen."
(aus: Die Hebamme 7 (1994), S. 129. Hrsg. G. Martius /J. W. Dudenhausen, Berlin)

Das Plädoyer Dohrns ist in mehrerlei Hinsicht interessant. Zunächst insofern, als er sich darin auf den Gebrauch geburtshilflicher Instrumente bezieht. Diese werden bereits in den ersten Hebammenordnungen als Teile der chirurgischen Ausrüstung ausgewiesen, weshalb den Hebammen in einigen Städten verboten wurde, sie zu gebrauchen (siehe Kap. II., 1.3.3.). Im Verlauf des 18. Jahrhunderts wurde ihnen schließlich allerorts untersagt, bei ihrer Arbeit Instrumente zu verwenden und ihre Zuständigkeit wurde auf die Leitung von normalen Geburten reduziert (Schmitz 1994, S. 24). Im 18. und 19. Jahrhundert wird, „analog zu der neuen anatomisch-physiologischen Herangehensweise der Geburtshilfe" (Metz-Becker 1994, S. 216), eine große Menge geburtshilflicher und gynäkologischer Instrumente erfunden und wiederentdeckt (Fischer-Homberger 1979, S. 21 u. 27). Die Zange ist also ein typisches Werkzeug der medizinisch-wissenschaftlichen Geburtshilfe und somit geradezu ein Symbol des männlich besetzten Bereiches. Den Frauen hier Unfähigkeit zu bescheinigen, hat Geschichte.
Es findet sich in diesem Zitat jedoch noch eine weitere, vielschichtigere Dimension, nämlich die der Geschlechtlichkeit. Die „Mängel des weiblichen Geschlechts", die Professor Dohrn beanstandet, liegen vor allem in der Möglichkeit der Schwangerschaft, also in der eigenen Gebärfähigkeit der Ärztinnen. Hier pervertiert sich nicht nur die ursprüngliche Legitimation der Geburtshilfe durch Frauen, selbst geboren zu haben; das schlagende Argument des Mediziners besteht darin, die Geburtshelferinnen als potentielle Gebärende, als »Gattungswesen« zu definieren und sie auf diese Definition festzulegen. Er bedient sich damit der Argumente, die aus den Denk- und Forschungszusammenhängen seines eigenen Faches, der Humanwissenschaft, erwachsen sind: „Die Humanwissenschaften konstituierten zwei biologische Geschlechter, deren Körper geschlechtsspezifisch diszipliniert und normalisiert wurden." (Bührmann 1995, S. 71) Dohrn benutzt die selbstbereitetenWege einer „Politik der Wahrheit" (Foucault 1978 a, S. 51), die sich von der seiner Vorgänger unterscheidet, welche sich mit dem Paradigma der »unwissenden Hebamme« behalfen. Aus seiner eigenen Wissenschaft, der der Geburtshilfe und Gynäkologie, ging das Menschen- und Frauenbild hervor, auf dessen Grundlage er nun den Ausschluß der Frauen vom Studium dieses Faches begründen konnte. Die Lehr- und Lerninhalte selbst verboten ihre Zulassung. Ein Direktor der Marburger Ac-couchieranstalt, E. C. J. von Siebold (1801 - 1861) beispielsweise, lehrte seine Studenten nicht nur die Entbindungskunst, sondern auch, welcher „Wirkungskreis" dem Weibe angemessen war:

„Man muß sich die Bestimmung des Weibes recht klar machen: die Natur hat das weibliche Geschlecht zum Empfangen, zur Fortbildung der Frucht, zum Gebären

und zum weiteren Ernähren der Frucht bestimmt. (...) Der Wir-kungskreis des Weibes ist daher beschränkt, nur auf den einzelnen gerichtet, und diesem gemäss sind auch die Geistesfähigkeiten der Frau gebildet, ist der weibliche Charakter geschaffen."[103]

Zur Frage, weshalb die praktische Ausbildung seiner Hebammenschülerinnen überbetont, die wissenschaftliche dagegen vernachlässigt werde, antwortete ein Direktor der Münchner Gebäranstalt, Dr. Martin, daß „gemäß der Geistesbildung des Weibes" eine intellektuelle Schulung des Denkens und Handelns unmöglich sei: „So kann auch niemals ein Frauenzimmer eine Geburtsärztin werden."[104] Einen wichtigen Platz sieht Martin jedoch für die Hebammen dort, wo die „helfende Natur des Weibes" gefragt ist (ebd.).
Sehr beliebt als Begründung für den Ausschluß von Frauen aus dem Medizinstudium war das Argument der »Sittlichkeit«. In einer gemischten Gruppe delikaten Themen zu lauschen, wie der Besprechung weiblicher Geschlechtsorgane, war den männlichen Studenten zu unangenehm und peinlich (Duerr 1990, S. 34). Auch vertrat man die Auffassung, umgekehrt könne keine wahrhaft anständige Frau daran interessiert sein, solchen Vorlesungen zuzuhören, wenn Männer anwesend wären, die möglicherweise bei ihrem Anblick auch noch in sexuelle Erregung gerieten (ebd., S. 32). Es hat einen satirischen Beigeschmack, daß es offenbar nicht als peinlich und ungebührlich empfunden wurde, sich als Gruppe männlicher Studenten und Wissenschaftler über eine halbnackte Frau als Untersuchungsobjekt zu beugen, sondern vielmehr die Anwesenheit der Geschlechtsgenossinnen Beschämung auslöste. Durch eine *parteiische* Beobachterin wäre der »objektive«, »neutrale« Charakter der Explorationen des weiblichen Körpers möglicherweise gefährdet gewesen, Identifikation und Mitgefühl ihrerseits hätten die Situation als »Fleischbeschau« entlarven können.
Eine *wissenschaftlich* beobachtende Frau wäre hier eine Art Spiegel, der deutlich die Unvereinbarkeit des Objekt- und des Wissenschaftlerstatus reflektierte.
Insofern ist der Ausschluß der Frauen vom Studium durchaus logisch und folgerichtig, erst recht in einem Fach, dessen Angehörige selbst die physiologische und psychologische Unfähigkeit der Frau zur wissenschaftlichen Arbeit mitkonstruierten und vertraten. Die Wissenschaft vom Weib spaltete sich ab von der allgemeinen Anthropologie, die Frau wurde auf ihren Körper und ihre (Gebär-)Organe reduziert.

„Es scheint tatsächlich ungemein einfach zu sein, die psychischen Eigentümlichkeiten des Weibes aus dem somatischen abzuleiten. Schon der schwächere Körper *bedeutet* das schwächere Geistesvermögen, die weicheren Fibern weisen auf den weicheren Charakter hin. Die kleineren Lungen *künden* von der größeren Furcht, die schlafferen Muskeln vom schlafferen Willen, der

[103] Metz-Becker 1994, S. 220, zitiert aus den *Geburtshülflichen Briefen* (1862) Siebolds, die, so die Autorin, an seine Schüler gerichtet waren.
[104] Preußler 1985, S. 165, zitiert ausdem Jahresbericht (1848) des Dr. Martin.

> stete Wechsel der Geschlechtsverrichtung kündet von der Launenhaftigkeit, das Unvollkommene des Geschlechtsapparates vom Schamgefühl usw. Der Leib ist umgarnt von Bedeutungsbahnen, die vom verschärften induktiven Blick der neuen Frauenforscher endgültig in ihren Interdependenzen zur sozialen Organisation hin verlängert werden können." (Honegger 1991, S. 206, Hvg. i. Orig.)

Nie vorher hatten die Ärzte ein besseres Mittel, Frauen aus einem Bereich zu verdrängen, der ihnen seit jeher angestammt schien. Ihre eigentümliche Erfahrung, durch die sie vorher zu den selbstverständlichen Verbündeten und Vertrauten der Gebärenden wurden, wurde umgewandelt in eine geschlechtsspezifische Erfahrung, die sie vollkommen ungeeignet für diese Aufgabe erscheinen ließ.

III. Machtverhältnisse im Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung

1. Verknüpfungen

Im Prozeß der geburtshilflichen Professionalisierung verweben sich zwei Entwicklungsstränge miteinander: 1. die Medikalisierung, Objektivierung und Pathologisierung des weiblichen Körpers und 2. die Verdrängung der Frauen aus der Heilkunde bzw. aus der Geburtshilfe aufgrund der Marginalisierung der Laienheilkunde allgemein. Es stellt sich nun die Frage, wie die beiden Linien zusammenhängen und welche Rolle Machtmechanismen dabei spielen.
Was ich bisher gezeigt habe, läßt den Schluß zu, daß sich die Verdrängung der Frauen aus der Geburtshilfe zu einem großen Teil über die Ebene des Wissens vollzog, d.h., das Wissen der Hebammen wurde von der Medizin disqualifiziert und umstrukturiert. Eine andere Ebene, auf der sich auch die Medikalisierung der Geburt ansiedeln läßt, betrifft den weiblichen Körper. Man kann nicht voraussetzen, daß es »den« weiblichen Körper zeitunabhängig gegeben hat und die szientistischen Erklärungsmodelle nur auf ihn angewandt werden mußten, um ihn so hervorzubringen wie er heute für uns selbstverständlich ist. Duden (1987) zeigt anhand ihrer Arbeit über die Schriften eines Arztes der „Weiberkranckheiten" aus dem 18. Jahrhundert, Johannes Storch, daß sowohl die Körperwahrnehmungen als auch die Deutungen dieser Wahrnehmungen epochenspezifisch veränderlich sind. Diese Diskontinuität der Empfindungen und der Beschreibungen lassen den Körper geschichtlich relativ erscheinen.
„Die Wirklichkeit dieses »Körpers« ist ein Produkt jener Beschreibungen und nicht umgekehrt, denn bloß der Schein verfestigt sich immer mehr, daß jene Beschreibungen eine Wirklichkeit erfaßten und abbildeten." (Duden 1987, S. 15)
Anhand der Erörterungen Dudens werde ich zunächst eine nicht vom anatomischen Wissen gefilterte Körperwahrnehmung erkunden, da ich annehme, daß Frauen und Hebammen es in der vorwissenschaftlichen Geburtshilfe mit einem ganz anderen Körper zu tun hatten als sie es heute haben. Ihr Körperbild hing zusammen mit der spezifischen Erfahrungsstruktur, die mit ihrer involvierten Haltung in der Praxis kohärent war. Vor diesem Hintergrund wurde die Geburt anders wahrgenommen und mit ihr die gebärende Frau sowie die Beziehung zwischen ihr und der Helfenden. Von dieser Perspektive aus untersuche ich nachfolgend, wie die Medizin, um ihren geburtshilflichen Diskurs zu gestalten, eine andere Erfahrungsstruktur etablierte, die mit der alltagsweltlichen der Frauen nichts mehr gemein haben konnte. In dem neuen Diskurs läßt sich ein scharfer Bruch mit den traditionellen Formen der Geburtshilfe beobachten, den ich bereits als Transformation beschrieben habe (Kap. II. 2.2.2.). Diese Transformation war nicht einfach notwendig, um sich als Mediziner zu profilieren, sondern war vor allem dort unerläßlich, wo es diesen darum ging, wissenschaftliche Aussagen über den weiblichen Körper und die Geburt machen zu können. Hier endet das reine Eigen- bzw. Professionalisierungsinteresse der Ärzte und mündet in ein übergeordnetes, abstrakteres Prinzip des wissenschaftlichen

Diskurses, welcher auf ein beschreibbares Objekt angewiesen ist - ein Objekt, das bestimmte Gesetzmäßigkeiten aufweist. Es kann nicht genügen wie die Siegemundin zu beobachten, welche „Dinge täglich bey denen meisten sich zeigen". Alltagsempirismus »taugt nichts« für wissenschaftliche Verallgemeinerungen.

> „Wissenschaft bricht mit der Alltagserfahrung nicht durch ein gewissermaßen noch naiveres Hinsehen auf das, was ist; sie löst sich von diesem unsystematischen Wissensmodus vielmehr durch eine explizite und durch Begriffsschöpfungen möglich gemachte Reorganisation der Erfahrung. Diese Reorganisation muß nun aber einen wirklichen »Bruch« in der Erfahrungsstruktur darstellen, denn aufgrund ihres komplexeren Gehalts läßt sie sich ja unmöglich aus der diffusen Alltagserfahrung ableiten."
> (Kögler 1994, S. 29 f.)

Die erforderlichen Begriffsschöpfungen entspringen aber nicht einem leeren Raum. Sie entstehen zusammen mit konkreten Praktiken, die es ermöglichen, Wissen anzusammeln: „...es sind Beobachtungsmethoden, Registriertechniken, Untersuchungs- und Forschungsverfahren, Kontrollapparate." (Foucault 1978 c, S. 87) All diese Techniken aber, sofern sie auf den menschlichen Körper angewandt werden, unterwerfen ihn disziplinierenden Mechanismen, objektivieren ihn, um ihn beschreiben und analysieren zu können. Die Verfahren sind ebenso mit Macht verwoben wie das Wissen und die »Wahrheit«, die aus diesem Prozeß hervorgehen. Aus diesem Grunde ist es unumgänglich, den Körper in die Analyse des zuvor beschriebenen Prozesses geburtshilflicher Professionalisierung miteinzubeziehen. Es müssen konkrete Praktiken gewesen sein, mittels derer der weibliche Körper und der der Gebärenden zu einem Objekt der Wissenschaft gemacht werden konnte, d.h. zu einem Feld, das für wissenschaftliche Untersuchung überhaupt offen ist. Foucault beschäftigt sich mit dem direkten Zugriff der Macht auf den Körper, um die Spur des Prozesses ausfindig zu machen, „in dem der Körper zu einer ausnutzbaren Kraft geworden ist, die *gleichzeitig* produktiv *und* unterworfen ist. Der Körper wird dabei immer schon als gegeben vorausgesetzt, seine Interpretation als Individuum dagegen ist ein Diskursprodukt." (Landweer 1993, S. 10, Hvg. i. Org.)
Die Verknüpfung von Wissen und Macht bildet ein Muster, nach dem sich auch die Disziplinierung und Medikalisierung der Frau und die Disqualifizierung der Hebammen verwoben haben. Im Folgenden werde ich versuchen, einzelne Fäden dieses Teppichs sichtbar zu machen. Wonach ich dabei »fahnden« möchte, ist die Konstituierung des Subjektes wie Foucault es versteht: „Das Wort *Subjekt* hat einen zweifachen Sinn: vermittels Kontrolle und Abhängigkeit jemandem unterworfen sein und durch Bewußtsein und Selbsterkenntnis seiner eigenen Identität verhaftet sein. Beide Bedeutungen unterstellen eine Form von Macht, die einen unterwirft und zu jemandes Subjekt macht." (Foucault 1987, S. 246 f.) Foucault befaßt sich mit drei Weisen, auf die Menschen in unserer Kultur in Subjekte verwandelt werden. Die erste bezeichnet die Objektivierung des Subjekts in den Wissenschaften. Die zweite liegt in

„Teilungspraktiken" begründet, durch die das Subjekt entweder in seinem Inneren geteilt oder von den anderen abgeteilt wird (z.B. wird ein »Verrückter« von geistig Normalen getrennt), ein Vorgang, der aus ihm einen Gegenstand macht (ebd., S. 243). Schließlich können Menschen sich selbst in Subjekte verwandeln, also eine Identität ausbilden, durch die die Macht wirkt. Dies ist die tiefste Form der Unterwerfung.

2. Macht und Körper

2.1. Der »metaphorische Körper«

Die Dimensionen des geschichtlichen Körpers verändern sich je nach ästhetischen, religiösen, wissenschaftlichen oder allgemein sozial hervorgebrachten Überzeugungen der jeweiligen Epoche. Unser heutiger Körper, den wir auf dem Hintergrund anatomisch-klinischen Wissens wahrnehmen, kann von uns und von anderen mehr oder weniger genau wie ein „Text" gelesen werden (Duden 1987, S. 61). Wir erwerben diese Wahrnehmung durch Beschreibungen, Zeichnungen und Anleitungen, die bereits in der Schule vermittelt werden. So entwickeln wir ein bestimmtes Bild vom Körper, von seiner äußeren und inneren Beschaffenheit, von seinen Fähigkeiten und seinem Unvermögen, von seiner Reichweite und seinen Umrissen, von dem, was sich in ihm ereignet und was diese Ereignisse bedeuten. Es handelt sich um die Wahrnehmung eines medikalisierten Körpers, dessen scharfe Umrissenheit es erlaubt, ihn wie einen Gegenstand zu betrachten, der keine Bedeutungen über seine anatomischen Zusammenhänge hinaus in sich trägt.
Bevor sich diese spezielle Wahrnehmung Ende des 18. Jahrhunderts zu etablieren begann[105] , hatte der Körper keine so klar definierte Gestalt. Sie war vielmehr fließend und ragte in den Bereich hinein, der heute als „Umwelt" des Körpers bezeichnet wird, von der er deutlich unterschieden wird. Duden beschreibt die Vorstellungen von der »Reichweite« des Menstrualblutes der Frauen in Minot[106], Vorstellungen, die jenseits der materialen Beschaffenheit des Blutes seine Einbettung in eine symbolische tiefere Ordnung, die die Umwelt mit einschließt, erlauben. Das Blut »kann« Speisen verderben, wie auch der Stand des Mondes häusliche Tätigkeiten beeinflußt (Duden 1987, S. 63). Alles hängt mit allem auf bedeutungsvolle, nicht jedoch auf eine definitorische Weise zusammen.

> „Das »Blut« der Frauen, dessen Nähe den Wein umkippt, ist nur ein Moment in einem Kontext von Dingen, die durch ihre Bedeutung verknüpft sind. Das

---

105 Siehe auch Kap. II., 3.1. in vorliegender Arbeit.

106 Duden bedient sich der Ergebnisse einer Studie von Yvonne Verdier, die im Laufe von 10 Jahren in Gesprächen mit Frauen des Dorfes Minot deren kulturelle Vorstellungen von Leib und Leben sammelte, welche sie in dem Buch *Façon de dire, façon de faire: La laveuse, la couturière, la cuisinière.* (Paris 1979) niederschrieb (Dt.: *Drei Frauen. Das Leben auf dem Dorf.* Stuttgart 1982). Die Autorin bewegt sich mit ihrer Untersuchung im 20. Jh., die Leibvorstellungen, denen sie begegnet, lassen sich laut Duden jedoch problemlos neben die humoralpathologisch geprägten Leiberlebnisse der Eisenacher Patientinnen des Dr. Storch im 18. Jahrhundert stellen.

»Blut« ist nicht »definiert« als etwas, das etwas tut, sondern erhält diese Kraft durch den metaphorischen Zusammenhang von kulturell als zusammengehörig assoziierten und in der Praxis so bestätigten Momenten oder Dingen. Das Netz von Bedeutungen, das so entsteht oder immer schon »da« ist, ist so komplex, daß es nie aus nur einer Beschreibung, einem Blick, aus nur einer Perspektive hergestellt werden könnte." (ebd.)

Der »metaphorische Körper«, wie ich ihn zur Unterscheidung vom medikalisierten Körper nennen will, ist also niemals Körper »an sich«, isoliert von anderen Bedeutungszusammenhängen und alltäglichen Handlungen, mit denen er eines Wesens ist. Er „offenbart sich in Handlungen", löst sich im Sein, Tun und Sprechen auf (Duden 1987, S. 64).
Ebensowenig wie man von einer fest definierten Seinsweise des äußeren Körpers ausging, war sein Inneres von konstanten Gesetzen bestimmt, die aus der Lokalisierung und Funktion einzelner Organe hervorgegangen wären. Duden beschreibt die Leibvorstellungen eines Eisenacher Arztes und seiner Patientinnen um 1730. Zu dieser Zeit hatte sich zwar schon seit Jahrzehnten ein anatomischer Begriff vom Innenraum des toten Körpers gebildet, dieser wirkte aber zunächst noch nicht auf die Erfahrung des lebendigen Körpers (Duden 1987, S. 126). Dr. Storch folgt einer Vielfalt einzelner Krankengeschichten, folgt den Empfindungen der Frauen über das, was sich in ihrem Inneren abspielt. Dabei hat weder er selbst noch haben seine Patientinnen die Idee von einer funktionalen Abgeschlossenheit der Organe, von einer generalisierbaren Funktionalität des Körpers überhaupt. „Das Innere wird nur greifbar als Ort eines erfahrbaren, aber unsichtbaren Fließens. So sind die äußeren Flüsse Hilfsmittel zur Erkenntnis des Inneren, sie werden von Arzt und Frauen als Zeichen innerer Vorgänge interpretiert." (Duden 1987, S. 127) Das äußere Fließen, der fluide Charakter der Zeichen, wird in der Vorstellung auch in das Innere des Körpers verlegt. Nichts hat hier seinen festen Ort, seinen originären Platz, alles wandert, ist in ständiger Bewegung. Weder sind Schmerzen symptomatisch für den Befall eines bestimmten Körperteiles, noch dringen Flüssigkeiten aus einer für sie »typischen« Öffnung des Körpers. Die Klagen der Eisenacher Frauen und die Interpretationen des Arztes zeugen von Erfahrungen, denen keine vorgefertigten Erklärungsmuster vorausgehen:

„Diese Geschichten erzählen von der Vielfalt von quälenden Erfahrungen, die als ein »Wesen« erfaßt werden. Ein Krankheitsverlauf zeigt sich in der Häufung von wirren, überraschenden Schmerzen, die in der inneren Leiblandschaft bald hier, bald dort ihren Eindruck hinterlassen. Der Schmerz ist in der Sprache der Klage ein »etwas«, das im Leib wandert, das Form und Ort verändert, aber als ein Wesen begriffen wird." (Duden 1987, S. 177)

„Eine 29jährige adelige Dame, die häufig über einen »weißen Fluß« klagt, entledigt sich auf eine ihr überraschende Weise von dieser Beschwerung: sie

ward »nemlich gewahr, daß sich eine große Menge Läuse auf ihrem Kopfe eingenistelt hatten«, und dabei merkte sie, »daß sie die Zeit über, da sich das Ungeziefer auf dem Haupte eingefunden, vom weißen Flusse befreyet gewesen.«"[107]

„Die Milch kann offenbar innen von den Brüsten in den Bauch gehen und dort in ihrer Substanz als weiße Milch ausgeschieden werden. Die Milch kann (...) innen auch an andere Orte laufen ohne ihre Substanz zu verändern." (Ebd., S. 127)

In den Beschreibungen dieser Abläufe unterscheiden sich Arzt und Frauen nur wenig. Was jedoch die Sinngebung betrifft, driften sie laut Duden aber weit auseinander, denn die Frauen interpretieren die Zeichen ihres Leibes aufgrund ihrer eigenen Traditionen und individuellen Deutungsmuster. Man gewinnt bei der Betrachtung der Storchschen Fallbeschreibungen häufig den Eindruck, als kämen die Frauen überhaupt nicht zu ihm, weil sie von ihm hören wollten, was ihnen »fehle«. Sie kamen, um nach der Selbstdiagnose ein geeignetes Mittel gegen ihre Beschwerden zu verlangen. Zu diesem Schluß kommt auch Lorenz, die feststellt, daß Frauen Veränderungen an sich bemerkten, ohne gleich einen Arzt oder eine Hebamme aufzusuchen, je nachdem, wofür sie die Veränderungen hielten (Lorenz 1996, S. 103). Erst wenn die beobachteten Symptome anhielten und beunruhigend wurden, wandten sie sich an eine erfahrene Person und „forderten angemessene korrigierende Maßnahmen - wie etwa Aderlaß oder Purgiermittel - zur Unterstützung der inneren Reinigung[108], die sie von den Ärzten auch anstandslos erhielten." (Ebd.)
In früheren Zeiten scheinen selbst manche Organe nicht an einem angestammten Ort verharren zu müssen. Fischer-Homberger berichtet von den Wanderungen des „antiken Uterus": „Er konnte sich in den Oberbauch bewegen, sich an die Leber oder ans Herz krallen, er konnte noch weiter kopfwärts steigen und entsprechend alle möglichen Symptome verursachen: Angst im herzen, Zusammenschnüren der Kehle, Kopfschmerzen, Schwinden der Sinne, Krämpfe." (Fischer-Homberger 1979, S. 12 f.)
Gleich der Gebärmutter in der Antike, hatte das „Frausein" Anfang des 18. Jahrhunderts keinen anatomisch genau zu bezeichnenden Ort (Duden 1987, S. 133). „Da es keine Anatomie gibt, die für immer erkundet hat, was sein muß, gibt es keine Möglichkeit, einen allgemeinen Körper der Frau als Norm zu konstituieren." (Ebd., S. 140) Männer und Frauen unterscheiden sich - jedoch nicht aufgrund eines geschlechtlichen „Ortes", sondern aufgrund der Periodizität und Nicht-Periodizität ihres Säfteflusses. Auch Männer können bluten, zwar nicht mit einer entsprechenden

[107] Duden 1987, S. 146. Die in gesonderten Zeichen befindlichen Textstücke stammen aus dem Werk Johann Storchs Von den Weiberkranckheiten, achter und letzter Band. Gotha 1752

[108] Was dabei z. T. »mitbereinigt« wurde, läßt aus heutiger Sicht die Vermutung zu, daß es einige einer Abtreibung ähnliche Maßnahmen gab, die aber nicht als solche betrachtet wurden (vgl. Duden 1987, S. 186).

Regelmäßigkeit aus (fast) immer demselben Teil des Körpers[109], dafür bluten sie von Zeit zu Zeit aus der Nase, aus der „goldenen Ader"[110], aus einer Wunde oder aus anderen natürlichen Leibesöffnungen, was denselben Sinn hat, wie die Menses bei den Frauen: „etwas »kommt heraus«." (Ebd., S. 144) Ärztliche Behandlungen wie der Aderlaß, hatten keinen anderen Sinn, als überflüssige Säfte aus dem Körper heraustreten zu lassen.
Der angeblich so unlöslich mit der physiologischen Mutterschaft verbundene Milchfluß wurde ebenfalls nicht als spezifisch weibliches Zeichen gesehen. Bei der Untersuchung kindsmordsverdächtiger Frauen wurde die Milch in ihren Brüsten allein nicht als ausreichendes Zeichen einer verheimlichten Geburt anerkannt, „weil solche auch schon bei »Mannspersonen« und »Jünglingen« »herausgemolken« worden war (...)."[111]
Es kann nachträglich nicht genau erfaßt werden, welchen Leiberfahrungen und -vorstellungen man in einer Zeit folgte, als die Politik sich noch nicht als medizinisch verbrämte Normierung des Körpers bemächtigt hatte. Dieser Frage kann ich hier auch nicht ausführlich nachgehen. Die Darstellung eines nicht definierten, »metaphorischen« Körpers dient mir dazu, den Blick zu öffnen für eine Möglichkeit der Leibempfindung, die von anatomisch-klinischem Wissen frei ist. Sie dient dazu, einer »Wahrheit« des Körpers nachzuspüren, die sich nicht an etwas Meßbarem orientiert und somit keine Maßstäbe bereithält, die auf jeden individuellen Körper anwendbar sind. Es wird sich zeigen, daß diese unterschiedliche Wahrnehmung entscheidend für den Richtungswechsel ist, der sich im 18. Jahrhundert in der Geburtshilfe vollzieht.

2.2. Die vorwissenschaftliche Erfahrungsstruktur

Die Erfahrungen der Hebammen und anderen Frauen waren, wie ich bereits an anderer Stelle betont habe, zum Teil nicht verbalisierbare, vollständig mit alltäglichem Handeln verwobene Wissensfragmente, die in kein systematisches Schema hineingebracht werden konnten. Um eine solche Formation als Diskurs bezeichnen zu können, fehlen ihr die „über eine bestimmte Kohärenz verfügenden Aussagemengen" (Kögler 1994, S. 42), die einen Diskurs definieren. Eine Aussage ist nicht einfach eine »Äußerung«, etwas, das irgendwann einmal von irgend jemandem gesagt wird; sie ist eine »Wahrheit« produzierende, regelhafte, Erfahrungs-gegenstände und Theorieperspektiven konstituierende Verbalisation (ebd.). Die Frauen machten keine so gearteten Aussagen. Es gilt jedoch, von der heterogenen Gruppe der Frauen zu abstrahieren und sie einzuordnen in ein übergreifendes Diskurssystem, in eine gesamtgesellschaftliche „diskursive Praxis", welche „impliziert, daß die Diskurse

---

[109] Über diesen Körperteil ist sich Storch („ebenso wie seine gelehrten Zeitgenossen") nicht sicher, d. h., er kann nicht mit Bestimmtheit sagen, woher das monatliche Blut bei den Frauen ausfließt (Duden 1987, S. 140).

[110] Haemorrhiden wurden „Goldader" genannt, weil man sich den Aderlaß und damit das Arzthonorar sparen konnte, da die notwendige Erleichterung des Körpers durch sie bereits sichergestellt war (Duden 1987, S. 240, Anm. 12). Vor allem diese „goldene Ader" wurde analog zum Monatlichen der Frauen verstanden (ebd., S. 136).

[111] Lorenz 1996, S. 241, zitiert aus: J. G. Hasenest, Der medicinische Richter oder Acta Physico-Medico forensia collegii Medici Onoldini. Bd. 4, S. X (1755).

selbst nicht nur rein sprachlich zu fassen sind, sondern sich als Ereignisse formieren und so auf die Dinge regelnd und ordnend einwirken oder aber sie hervorbringen." (Krasmann 1995, S. 244)

Die Frauen waren eingebettet in eine historisch-kulturelle Situation, die sie Geburt und Geburtshilfe auf eine spezifische Weise wahrnehmen ließ. Sie waren abhängig von einer bestimmten „Erfahrungsstruktur"[112]. Die Komponenten des Magischen und des Traditionellen kann man als erfahrungsstrukturelle Prinzipien begreifen, in deren Rahmen sich das empirisch erworbene Wissen der Frauen bewegte. Dies war also nicht nur nicht »frei« von Wert- und Deutungsmustern der jeweiligen Epoche, von einer vorausgesetzten »Wahrheit« und damit von Machtverhältnissen, sondern letztere waren dem Wissen immanent. Tatsächlich frei dagegen war das Wissen von „Objektivierungen", in dem Sinne als es keine „unabhängig vom Selbstverständnis der Subjekte [also der Frauen] erstellte »Wahrheit« über diese selbst" (Kögler 1994, S. 123) in sich trug. Geburtshilfliches Wissen beruhte ja zum großen Teil auf Selbstwahrnehmung, mit der die Fremdwahrnehmung wechselseitig verbunden war. Ein Beispiel (von Lorenz 1996, S. 99 f.):

Aus dem Jahre 1796 berichtet der Professor Osiander von einer Bauersfrau, die in die Göttinger Gebäranstalt kam, um sich Rat zu holen wegen einer nach ihrem Dafürhalten bereits seit zwei Jahren bestehenden Schwangerschaft. Diese wurde begleitet von sich im Abstand mehrerer Wochen wiederholender Wehen, auf die aber keine Geburt erfolgte. Der Arzt untersuchte die Frau und vermutete „Eingeweidewürmer", weshalb er ein Wurmmittel zum Einnehmen verordnete, woraufhin zwar keine Würmer aus dem Leib der Frau abgingen, ihre wehenartigen Bauchschmerzen aber aufhörten. Die Patientin zeigte sich hiervon unbeeindruckt und beharrte weiterhin darauf, schwanger zu sein. „Das Hartnäckige Festhalten an der nicht widerlegbaren Selbstwahrnehmung ließ den Arzt letztlich eine »Täuschung der Natur« vermuten, die nur bei psychisch kranken Personen längerfristig möglich sei." (Ebd., S.100)

Mit dieser Meinung des Mediziners sind wir heute wahrscheinlich vollkommen einverstanden, denn es übersteigt unsere (von klinischem Wissen geprägte) Vorstellungskraft, wie es einem geistig gesunden Menschen möglich sein sollte, sich über einen derart langen Zeitraum als schwanger zu empfinden. Diese Ansicht setzt jedoch voraus, daß es einen Maßstab, eine »Norm« gibt, anhand derer Frauen selbst sowie ihre Umgebung bemessen, wann ein solcher Zustand als real betrachtet werden kann und wann nicht, ganz zu schweigen von etlichen Mitteln, die eine sichere Aussage darüber erlauben. Es gab aber bis zu jener Zeit keine »Norm« und folglich auch keine Abweichung von ihr.[113] Daß der Professor in diesem Beispiel eine

---

112 „Mit einer Erfahrungsstruktur ist die den Erkennenden und das zu erkennende Objekt gleichermaßen umgreifende kulturelle Situation bezeichnet, die ein bestimmtes Phänomen als so oder so erfahrenen Gegenstand des Wissens bildet (...)." (Kögler 1994, S. 37)

113 „Zwar lebten sie [die Frauen bis ins 18. Jahrhundert] in einer von einem bestimmten Körperbild geprägten Zeit, doch konnten die gleichen Symptome so unterschiedlich erfaßt und interpretiert werden, daß eine Frau nur ihrem eigenen Körper lauschen konnte, um sich wenigstens eine gewisse Sicherheit über ihren Zustand zu

mentale Abweichung vom Normalen feststellt, deute ich als das typische Zeichen eines bereits neuen wissenschaftlichen Geistes. Denn, so auch Lorenz, die Diagnose von Heb-ammen und Ärzten hing im wesentlichen von den Selbstwahrnehmungen der Frauen ab (ebd., S. 107). Über diese hinaus konnten sie nur in wenigen Fällen allgemeingültige Aussagen treffen.

Die Wahrnehmungen gründeten sich - sowohl bei den Frauen selbst als auch bei den Hebammen - auf eine von Duden so bezeichnete „haptische Hexis", d. h. auf „eine Befindlichkeit, die sich grundsätzlich am Tastsinn orientiert" (Duden 1994, S. 115). Diese Tatsache habe ich bereits durch ein früheres Beispiel belegt. Hinter ihr verbirgt sich jedoch mehr als nur die Verschmelzung einer Wahrnehmungsform mit einer spezifischen Wissensform. Sie impliziert eine definitorische Ungenauigkeit, eine nicht von der subjektiven Befindlichkeit der Schwangeren und Gebärenden zu lösende »Wahrheit«. An dieser orientiert sich auch das geburtshilfliche Wissen, nicht an einer durch messende Beobachtung von außen festgelegten, eben genau definierten »Norm«. Deshalb, um noch einmal die Kriterien der vorwissenschaftlichen Geburtshilfe aufzuzeigen (siehe auch Kap. II. 2.3.), verläßt sich die Hebamme auf die „Hülfe der Natur" (Hampe 1993, S. 17), urteilt aufgrund der Aussagen der Frau (ebd.), wartet geduldig, notfalls tagelang auf eine Geburt, vergleicht mit ähnlichen Geburtsverläufen, ohne sie zum normierenden Maßstab zu machen.

Unabhängig von dem Empfinden der Betroffenen, kann eine Hebamme deshalb auch immer nur situativ Diagnosen treffen. Hierzu ein weiteres Beispiel:

> „Eine »Handwerckmannes-Frau« von 30 Jahren, klagte »was massen sie bisher in der Meynung gewesen, als ob sie ein Gewächse bey sich trüge, welches vorjetzo, bey Zeichnung des Geblüts und Rücken-Schmertzen seinen Ausgang suche; denn da sie in etlichen Jahren kein Kind gehabt, und bey gegenwärtiger Anwachsung des Bauchs, keine Bewegung einer Frucht wahrnehmen können, so könnte ihre Meynung wol nicht trügen.« Storch läßt eine Hebamme »visitiren« und es zeigt sich, »wasmassen ein lebendig Kind vorhanden«. Mit Unterstützung einiger »treibender Mittel« folgte »in kurtzer Zeit die Geburt eines gesunden Kindes«.[114]

Das einzige annähernd sichere Zeichen für eine Schwangerschaft, die Kindsregung, die nur den Frauen selbst zunächst erfahrbar war, konnte in diesem Falle nicht festgestellt werden. Die konsultierte Hebamme erkennt unabhängig von der Selbstdiagnose der Frau, daß diese in Bälde niederkommen wird. Sie wird das bereits große Kind im Mutterleib ertastet haben und trifft - nachdem sie sich von seiner Existenz überzeugt hat - eine Aussage über den Zustand der Klientin. Der Arzt, der seine Patientinnen nicht zu berühren, sondern nur zu befragen pflegt, kann oder will

verschaffen. Auch war es stets eine persönliche Kombination von Zeichen, die nur in diesem Zusammenhang überzeugte." (Lorenz 1996, S. 119)

114 Duden 1987, S. 184, gesondert mit Zeichen versehene Textstücke werden von der Autorin zitiert aus Storchs *Von Weiberkranckheiten*, Bd. 3. Gotha 1748.

trotz ihres geschwollenen Leibes keine Aussage machen. Und die Hebamme macht die ihre ebenfalls nur in dieser konkreten Situation, aufgrund ihrer eigenen sinnlichen Erfahrung. Generelle Betrachtungen darüber, was »schwanger« ist und was nicht, trifft sie nicht, ohne sich auf diese zu stützen. Ihre Aussage läßt sich also nicht, wie bereits am Anfang dieses Kapitels bemerkt, in eine Kohärenz mit anderen Aussagemengen bringen. Die Aussage steht statt dessen in dem konkreten Feld dieser einen Situation, wird bei dieser speziellen Frau getroffen und durch diese eine Hebamme verifiziert.

2. 3. Reorganisation der Erfahrungen

Damit die Geburt ein Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden konnte, mußte sich um sie herum eine andere Erfahrungsstruktur etablieren, die frei sein mußte von mit Glauben, »naivem Empirismus« und vor allem von mit ungenauen, »unvernünftigen«, subjektiven Befindlichkeiten aller Beteiligten vermischten Praktiken. Dazu aber mußte auch der Körper der Frauen in ein beobactungsgünstiges Feld gebracht werden, das wiederum frei war von familiären Einmischungen, traditionellen Riten und Ängsten.
Anders als die traditionelle Wissenschaftstheorie, betrachtet Foucault eine solche Isolierung und Individualisierung des Subjekts nicht als die Möglichkeit, nun endlich wahre Aussagen über es machen zu können. Vielmehr unterstellt er, daß diese „komplexe Umstrukturierung des Erfahrungsraumes" (Kögler 1994, S. 28), die der Erkenntnis vorausgehen muß, das Ergebnis diskursiver Praktiken ist, welche wiederum mit gesellschaftlich aktuellen Machtstrukturen verflochten sind. Zunächst nämlich müssen mit der Verwissenschaftlichung notwendig Abgrenzungen gegenüber dem vorgenommen werden, was dieser spezifischen Erkenntnisform im Wege steht. „Mit diskursiven Praktiken gehen (..) bestimmte Ausschlußprinzipien einher, indem durch sie Gegenstände und ihre Zugehörigkeit definiert werden, die Art und Weise, wie diese in Erscheinung treten (können), was jeweils in welcher Weise gesagt und gedacht, was mithin wahr und was falsch ist und: was außen vor bleibt." (Krasmann, S. 246 f.)
Wie Hebammen Geburtshilfe betrieben, wurde, wie gezeigt, als falsch betrachtet. Es wurde moniert, sie seien unwissend und trügen zur Dezimierung von Müttern und Säuglingen bei. Interessanterweise wurde diese Auffassung bereits zu einer Zeit von Wissenschaftlern vertreten, als diesen noch überhaupt kein Zugang zum Körper lebendiger Frauen gewährt wurde, sie also im Grunde keine Ahnung von Geburtshilfe hatten. Wie konnten sie dennoch über die Praxis der Hebammen urteilen? Sie behaupteten, ihnen nachweisen zu können, daß gerade das Wissen, das an der Leiche gewonnen werde, unabdingbare Voraussetzung für die »richtige« Geburtshilfe sei. Erst die Anatomie offenbare die Lage der Gebärorgane, ihre Form und ihre materielle Beschaffenheit.

> „(...) die stumme Welt der Eingeweide, die ganze schwarze Innenwelt des Körpers, die von augenlosen Träumen bebildert wird - sie werden vom

reduzierten Diskurs des Mediziners in ihrer Objektivität bestritten und zugleich als Objekte für seinen positiven Blick begründet." (Foucault 1988, S. 8)

Dieser Blick legt die »Wahrheit« frei, nur durch ihn äußert sie sich, weshalb die rein haptische Erörterung schon einmal aus dem Bereich der erschließenden Methoden herausfällt. Zumindest dann fällt sie heraus, wenn sie sich nicht auf vorher Gesehenes stützt. „Der Tod ist der Spiegel, in dem das Wissen das Leben betrachtet." (Foucault 1988, S. 160)

Um die kryptischen Formulierungen Foucaults zugänglich zu machen, ist es nützlich, ein Beispiel anzubringen. Im II. Kapitel unter Abschnitt 2.2. habe ich mich des folgenden Zitats von Johann Georg Roederer bedient, um die Bedeutung des »Blickes« auch in der wissenschaftlichen Geburtshilfe zu belegen: „Ich lasse mir auch nie weismachen, dem sei eine Frau gewachsen, die (...) nicht weiter denkt, als sie sehen kann" (Hampe 1993, S. 16). Zunächst könnte man meinen, das Zitat sei in diesem Zusammenhang verfehlt. Wenn Roederer das Hinsehen der Hebammen kritisiert, so kann er nicht der Auffassung anhängen, daß Sehen dem Wissen gleichzusetzen ist. Was die Hebamme jedoch sieht, wenn sie „nicht weiter denkt", ist der nackte oder bekleidete Körper einer Frau und nichts mehr. Hätte sie Kenntnis von der inneren Beschaffenheit dieses Körpers, d.h., könnte sie die Organe vor ihrem geistigen Auge sehen, so diente jedes andere diagnostische Mittel (Tasten, Horchen usw.) dazu, zu bestätigen oder zu verwerfen, was sie vorab gedacht.

> „Wenn die einzelnen Sinne auf verschlungenen Wegen das Leben durchsuchen, so blickt jenes andere Auge arglos und direkt auf die feste und klare Gestalt des Todes. Die Wahrnehmungs- und Wissensstruktur, welche die klinische Anatomie und seither jede Medizin leitet, ist die der *unsichtbaren Sichbarkeit.*"
> (Foucault 1988, S. 179; Hvg. i. Org.)

Eine weitere Maßnahme muß ergriffen werden, um Frauen und Geburt zum Gegenstand wissenschaftlicher Aussagen zu machen: Es müssen Begriffe gefunden werden, die die Vorgänge und Phänomene systematisch erfassen, so daß diese sich in Raster einordnen lassen. Es ist nützlich, an dieser Stelle wieder ein Beispiel aus der Rezeption des Werkes der Hebamme Siegemund[115] einzuflechten, um den Unterschied herauszuarbeiten, der zwischen auf alltäglicher Erfahrung gegründeten Regeln und dem wissenschaftlichen Normsystem liegt. Das Werk der Siegemundin wurde, noch ein Jahrhundert nachdem es erschienen war, von Vertretern der

[115] Siegemundin als frühneuzeitliche protestantische Hebamme: ihre Bemühungen um Abgrenzung gegenüber der magieverwobenen Geburtshilfe sollten sie von bereits geächteten Praktiken unterscheiden, die sie auch selbst als „Unwissenheit" bezeichnet, wobei sie jedoch einen anderen Begriff von Unwissenheit hatte als die Anatomen. Dies ist ein Hinweis, daß Siegemund genau zwischen zwei unterschiedlichen Erfahrungszusammenhängen platziert war: sie war keine »abergläubische« Hebamme aber auch keine Wissenschaftlerin, zwei Ausrichtungen, von denen sie sich selbst mit eigenen Worten abgrenzt (Pulz 1994, S. 69 u. 102).

akademischen Geburtshilfe gelesen und sorgfältig nach wissenschaftlichen Kriterien auf seine Brauchbarkeit hin überprüft. Dabei trafen die Schrift besonders zwei Vorwürfe. Der eine betraf die Sprache, der andere die Art der Darstellung der einzelnen »Fälle«, die die Autorin beschreibt. Ihr narrativer Stil, der sich schon aus der Form des Lehrgespräches ergibt, wirkte auf die Kritiker unsystematisch und bekam von dem hinlänglich bekannten Professor Osiander 1799 das Prädikat „geschwäzig" verliehen (Pulz 1994, S. 99). Siegemund äußert sich nämlich nicht allein zum Thema Geburtshilfe, sondern berichtet außerdem von ihren eigenen Lehrjahren, Streitereien mit Kolleginnen, deren überkommenen Theorien und „abergläubischen" Praktiken, der Konkurrenz mit männlichen Heilkundigen usw. (ebd.). Geburtshilfliche »Fälle« beschreibt sie, ohne sie in ein übergeordnetes Schema zu bringen, aus der Erinnerung nieder, welche ihr in der Reihenfolge zufällt, wie ihr alltäglich etwas „unter die Hände kommt"[116]. Weiterhin wird die „mangelnde Substitutionsfähigkeit" der Hebamme kritisiert (ebd., S. 101), d.h., daß sie Umschreibungen für Sachverhalte benutzt, für die Wissenschaftler ein einziges Wort einsetzen können. Aus diesen Vorwürfen läßt sich schließen, daß die Hebamme von *persönlichen* Erfahrungen berichtet, die sie eben nicht mit »Fällen«, sondern mit konkreten Frauen durchlebte. Aus diesen Erlebnissen leitet sie bestimmte Regeln ab, die für kommende Ereignisse nützlich sein können. Diese Regeln werden aber nicht mit festen Begriffen versehen, die sie als abgeschlossene Einheiten anwendbar machen. Ohne feststehende Begriffe für einen Sachverhalt fehlt diesem jedoch die für wissenschaftliche Zwecke nötige Wiederholbarkeit, die ihn erst wirklich vergegenständlicht. Zum Objekt der Forschung kann nur werden, was hinreichend bezeichnet ist, und umgekehrt ist es erst dann möglich, persönliche Erfahrungen zu verallgemeinern und zu objektivieren, wenn für sie Begriffe bereitstehen, die sie bezeichnen. Auch hierdurch entstehen wiederum von der Körpererfahrung unabhängige Erklärungsmuster, eine Empfindung wird so zum Zeichen für eine bereits vorgefertigte Deutung. Begriffe bezeichnen jeweils genau festgelegte Phänomene, die immer so und nicht anders erscheinen. Jede Abweichung von dieser Zeichenanordnung fällt aus der auf der begrifflichen Ebene konstruierten »Norm«[117].

Eine solche Wissensstruktur wertet Foucault jedoch nicht als Fortschritt, also als „Fortsetzung einer Annäherungsbewegung" an einen wahren Sachverhalt, sie ist für ihn vielmehr „das Resultat einer gänzlichen Umgestaltung auf der Ebene des Wissens selbst - und nicht auf der Ebene angehäufter, verfeinerter, vertiefter, angepaßter Erkenntnisse." (Foucault 1988, S. 151)

---

116 Pulz 1994, S. 99, zit. aus Justine Siegemund: *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter...*, Churfl. Brandenb. Hofbuchdr. 1690, S. 84f. Eine ausführlichere Wiedergabe des Zitates gibt einen Einblick, wie sehr das Denken der Hebamme mit der praktischen Erfahrung verschmolzen war: „Jch wünsche, daß ich (...) alle denck- oder merckwürdige Dinge zeigen, und zum Verstande bringen könte, die mir bekant worden, ich wolte nichts zurucke behalten. Allein ich habe viel aus der Acht gelassen. Wann es mir aber wieder unter die Hände kommt, so erinnere ich mich dann dessen wieder."

117 Wie es dazu kam, daß sich ein »Normwissen« durchzusetzen begann, kann hier nicht erörtert werden. Im Rahmen dieser Arbeit kann ich lediglich darauf eingehen, daß eine Norm konstruiert wurde und weiterhin als Maßstab galt.

Was diesem Wissen vorausgehen muß, sind Registrierungs- und Überprüfungsverfahren, die es erlauben, die Körper in eine klassifizierende Ordnung zu bringen und die daraus abgeleiteten »Normen« auf die Individuen zu übertragen, wodurch diese erst neu konstruiert werden bzw., um es mit den Worten Foucaults auszudrücken, einer „objektivierenden Vergegenständlichung" (Foucault 1992, S. 247) unterzogen werden. Als Gegenstand von Erkenntnissen aber wird das Individuum zur Zielscheibe von Macht, was auf zwei Arten geschieht: 1. Die anatomisch-klinische Erfahrung erlaubt es, über den Frauenkörper allgemeine Aussagen zu machen. Die Frau mit ihrer Selbstwahrnehmung verschwindet aus dem Diskurs. Maßstäbe und Normen, die an eine Frau angelegt werden, werden gleichzeitig auf alle anderen angewandt. 2. Der neue geburtshilfliche Diskurs teilt die Frau in zwei Hälften: Der eine Teil funktioniert wie eine Maschine, ganz unabhängig von ihrem Wollen und Empfinden (zumindest ist beides nicht nötig, um die Funktionen zu erklären), der andere Teil ist genau dieses Wollen und Empfinden, was gleichzeitig als »Störfaktor« betrachtet wird. Diese beiden Wege, auf denen der Frauenkörper durch die wissenschaftliche Geburtshilfe unterworfen wird, repräsentieren zwei Weisen, auf die Menschen in unserer Kultur zu Subjekten gemacht werden. Einmal durch die Objektivierung durch Wissenschaften allgemein und das andere Mal durch „Teilungspraktiken". Letzteres bedeuted, daß das Subjekt in seinem Inneren geteilt und so zum Gegenstand wird (Foucault 1987, S. 243).
Weder die »Norm« noch das Selbstempfinden der Frauen verkörpern Richtwerte, an denen eine absolute Wahrheit gemessen werden könnte. Es sind beides fehlbare Hilfsgrößen, um sich in einer geburtshilflichen Situation zurechtzufinden und zu orientieren. Das Entscheidende ist nicht, welche von beiden Größen »wahrer« oder besser oder idealer ist, sondern daß das Paradigma »Norm« einen effektiveren Machtzugriff erlaubt als das Paradigma »Selbstwahrnehmung«. Die Normalisierungsmacht installiert Normen, „indem sie Abweichendes und Krankes diskursiv hervorbringt und unablässig über diese Gegenstände zu reden beginnt. Die Begriffe des Normalen und Gesunden werden dagegen produziert, indem sie von einem diskreten Schweigen umgeben werden." (Bührmann 1995, S. 60)[118] Normen bringen die Individuen in eine *Ordnung*. Es werden ihnen bestimmte Etikette aufgelegt, sie werden geschieden in krank und gesund, vernünftig und unvernünftig, leistungsfähig und nicht leistungsfähig. Es wird so möglich, ihre Kräfte in optimaler Weise zu nutzen. Hierauf werde ich später genauer eingehen.
Foucault stellt dieses Bestreben, die Dinge in eine Ordnung zu bringen, mit dem Beginn der Aufklärung fest. Das Prinzip der Vernunft, welches „keine die absolute Selbstsetzung des Subjekts beeinträchtigende Erfahrung mehr dulden kann" (Kögler 1994, S. 47), verwaltet und ordnet nun alle Erfahrungen; solche, die sich diesem Prinzip widersetzen, werden ausgegrenzt. Der Wahnsinn beispielsweise, als Antipode der Vernunft, wird von dieser klassifiziert und als Seinserfahrung unmöglich gemacht.

---

118 Eine zentrale These in Foucaults *Der Wille zum Wissen* ist, daß in der „Normalisierungsgesellschaft" des 19. Jahrhunderts gerade das als pervers und abweichend Empfundene zur Zielscheibe ausufernder Diskurse wird.

„Damit wird der Wahnsinn nicht in der Dimension seiner eigenen Erfahrung thematisiert, sondern in die Vernunftordnung der Welt restlos integriert (...)." (ebd.) Da in Prozessen der Verwissenschaftlichung allgemein solche „radikalen Grenzerfahrungen" aus einer diskursiv erzeugten »Norm« fallen (ebd., S. 45), habe ich mich entschieden, die Geburt als eine „radikale Grenzerfahrung" zu bezeichnen, und zwar einmal insofern, als sie Aspekte des Lebens und des Todes gleichzeitig extrem nah zusammenbringt und außerdem, weil das subjektive Empfinden einer gebärenden Frau sich jeder vernünftigen und klassifizierenden Ordnung entzieht. Es befindet sich in einem diffusen, unkontrollierten Raum, keiner Regelhaftigkeit unterworfen. Diese Feststellung provoziert geradezu einen Widerspruch, da sie die eindeutig diskriminierende Zuschreibung des »Weib-Natur-Mythos« in sich zu tragen scheint, worin Frauen als von Naturgewalten schicksalhaft gebeutelt und ihrer eigenen Materialität unterworfen erscheinen. Eine solche Zuschreibung jedoch entspringt bereits der Abspaltung des Vernünftigen vom Unvernünftigen, wobei das Vernünftige als einzig Ernstzunehmendes gilt. Es erlaubt die beschriebene „absolute Selbstsetzung des Subjekts", während das Unvernünftige als unwillkürlich, naturverhaftet und minderwertig abqualifiziert wird. Eine solche Auffassung kann gleichfalls als Mythos entlarvt werden. Man muß nämlich bedenken, daß ungeordnete, »unvernünftige« Prozesse eine Erkenntnisform ausschließen, auf der Wissenschaft aufbaut. Es ist nicht möglich über die Geburt eine wissenschaftliche Aussage zu machen, sofern sie im Rahmen des familiären Umfeldes stattfindet, wo religiöse und tradierte Vorstellungen der Beteiligten genauso geachtet und respektiert werden wollen wie die Selbstwahrnehmung und Schamgrenze der Frau. Obwohl die Geburtshilfe auch in ihrer vorwissenschaftlichen Zeit nicht frei war von Machtverhältnissen (wie ich eingangs bemerkt habe), blieb in ihrem Rahmen die Geburt als eine subjektive und kollektive „Grenzerfahrung" erhalten. Sie entzieht sich unter diesen Umständen als Gegenstand von verläßlichen, systematisierbaren Erkenntnissen. Und somit entzieht sie sich auch dem Zugriff normierender Macht, die auf die Körper und durch die Individuen hindurch in der Weise wirkt, daß sie zu berechenbaren Größen werden, die effektiv und nutzbringend in Produktions-apparate eingegliedert werden können.

3. Geburt und Reproduktion

3.1. Die Disziplinargesellschaft und die geburtshilfliche Klinik

Zwar war die Kritik an den Hebammen bereits vor der Möglichkeit einer klinischen Erfahrung laut geworden, sie wirkte sich zu dieser Zeit jedoch nicht in großem Maße auf die Praxis der Geburtshilfe aus. Ein weiterer Strukturwandel, der sich auf der Ebene der sozialen Praxis vollzog, »revolutionierte« die Geburtshilfe von Grund auf und setzte den Diskurs über die »unwissende Hebamme« als wahren Diskurs durch.

Damit die Geburt ein Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden konnte, so heißt es im vorangegangenen Abschnitt, mußte sich um sie herum eine andere

Erfahrungsstruktur etablieren. Die anklingende Notwendigkeit dieser Umgestaltung ist allerdings mit Vorsicht zu genießen. Zunächst einmal gibt es keinen notwendigen Grund, die Geburtshilfe überhaupt zu einer Wissenschaft umzuformen. Weiterhin ist es nicht unumgänglich, dies auf die Art zu tun, wie es geschehen ist, nämlich über die Internierung lediger Schwangerer in Gebäranstalten. Die erfahrungsstrukturelle Umgestaltung in der Geburtshilfe vollzog sich nicht nur auf der Ebene des Wissens, sondern (und das ist die Voraussetzung) auch auf der Ebene der sozialen Praxis. An diesem Schnittpunkt beginnen Wissen und Macht, sich gegenseitig hervorzubringen. „Die Macht, weit entfernt davon, Wissen zu verhindern, bringt es hervor. (...) Ausgehend von einer Macht über den Körper war ein physiologisches, organisches Wissen möglich." (Foucault 1976, S. 109)

Der absolutistische Staat, der durch das gesteigerte bevölkerungspolitische Interesse als Nährboden für geburtshilfliche Forschungen geeignet war, war ebensowenig der Auslöser oder die Ursache für die entstehenden Gebärkliniken, wie der ärztliche Professionalisierungsdrang die einzige treibende Kraft dafür war. Vielmehr war der neue Körper, der innerhalb dieses Kraftfeldes entstand, Ergebnis der „Selbstzuschreibung eines Bedürfnisses" der bürgerlichen Schicht (Duden 1987, S. 32), welches sich zunächst nicht, wie schon gezeigt, auf die unteren und ländlichen Schichten der Bevölkerung ausdehnte. Gerade sie bzw. ihre Körper, wurden aber zur Zielscheibe einer Disziplinarmacht, welche ihre Eigenschaften als abweichend definierte: Man wies ledige schwangere Frauen in Gebäranstalten ein, um sie besser kontrollieren zu können, um sie vom Kindsmord abhalten zu können, welchen sie unter Umständen begingen, weil mit der unehelichen Mutterschaft große Schande und Ausgrenzung sowie Armut verbunden war. Man stellte mancherorts zur Sicherheit auch die Verheimlichung einer Schwangerschaft überhaupt unter Strafe (Preußler 1985, S. 34), so daß ihnen meist wenig anderes übrig blieb, als in einer Entbindungsanstalt Schutz zu suchen. Hier konnten sie ihr Kind gebären und es in Pflege geben, es also loswerden, ohne daß etwas von ihrer Schande nach außen drang, und wieder in Dienst treten oder eine andere Arbeit aufnehmen. Hier waren sie jedoch auch einer gründlichen, registrierenden Überwachung ausgesetzt, die sowohl administrativer als auch wissenschaftlicher Natur war.

Dieser Strukturwandel im sozialen Bereich und die damit einhergehenden disziplinierenden Methoden bildeten die Basis für eine Wissenschaft von der menschlichen Geburt. „Indem der Körper zur Zielscheibe für neue Machtmechanismen wird, bietet er sich neuen Wissensformen dar." (Foucault 1992, S. 199)

Freilich ergibt sich hieraus ein moralisches Problem. Es ist nicht selbstverständlich, daß eine Frau, die durch widrige Umstände dazu gezwungen wird, ihr Kind in einer Anstalt zur Welt zu bringen, zum Objekt wissenschaftlicher Forschung gemacht werden darf. Eine solche Behandlung muß legitimiert werden und wurde bei der Einführung der Gebäranstalten legitimiert durch den philanthropischen Wohltätigkeitsgedanken, in dessen Geiste die ganze Unternehmung stand. Abgesehen von der Zweifelhaftigkeit dieses Gedankens, der erst dort mit seiner Hilfe einsetzte, wo durch Gesetze und öffentliche Meinung den ledigen Schwangeren keine andere

Möglichkeit mehr offen blieb, konnte nach ihm „Wohltätigkeit" auch sehr verschiedenartig ausgelegt werden. Dr. Martin, ein Leiter des Münchner Accouchierhauses, weitete den Begriff auf die gesamte Menschheit oder Bevölkerung aus, indem er erklärte, er betrachte die Institution als „nicht bloßes Entleerungshaus, sondern als Bildungsanstalt", welche als solche allgemein zur Wohltat gereiche.[119] Foucault sieht in dieser Auffassung die Bedingungen eines Vertrages eingehalten, der das „objektive Interesse" der Wissenschaft mit dem „vitalen Interesse" des reichen Bürgers befriedigt (Foucault 1988, S. 100).

> „Aber betrachten, um zu wissen, und zeigen, um zu belehren - ist das nicht doch eine schweigende - und gerade wegen ihres Schweigens perverse - Vergewaltigung eines Leidens, das gelindert, aber nicht sichtbar gemacht werden will? Darf denn der Schmerz zum Schauspiel gemacht werden? Er darf es und er muß es sogar kraft eines subtilen Rechtes, das darauf beruht, daß niemand allein existiert und am wenigsten der Arme, der nur durch Vermittlung des Reichen Beistand erhalten kann." (Ebd., S. 99)

Diese Ansicht ist im Grunde genommen nichts Neues und scheint nur das alte feudale Recht zu plagiieren, welches dem Fürsten ermöglicht, die Körperkräfte seiner Untertanen zu seinem Wohle einzusetzen, während die Geknechteten wiederum nur durch seine Gnade leben. Im Laufe des 18. Jahrhunderts aber etabliert sich eine Gesellschaftsform, die Körperkräfte auf sehr viel subtilere und effektivere Weise zu nutzen beginnt. Foucault nennt sie „Disziplinargesellschaft". Ihre Formierung vollzieht sich über breite historische Prozesse, die sowohl rechtlicher und politischer als auch ökonomischer und wissenschaftlicher Art sind (Foucault 1992, S. 279). Ihre Kennzeichen sind die *Funktionsumkehrung der Disziplinen*, die *Ausweitung der Disziplinarmechanismen* sowie deren *Verstaatlichung*.
Erwartete man ursprünglich von den Disziplinen (z.B. des Militärs) große, unüberschaubare Menschenmengen »irgendwie« zusammenzuhalten, „so fordert man nun von ihnen, daß sie, wozu sie auch fähig werden, eine positive Rolle spielen und die mögliche Nützlichkeit von Individuen vergrößern." (Ebd., S. 270) Die „liederlichen Weibsstücke", die in Gebärkliniken gesammelt wurden, dienten nun einem höheren Zweck - waren sie auch sonst zu nichts Gutem nütze, konnten sie hier der Gemeinschaft dienen. Weiterhin gehen Kontrollen nun nicht mehr nur von einzelnen Institutionen aus, sondern durchziehen den gesamten Gesellschaftskörper. Hierzu gehört beispielsweise auch das philanthropische Bewußtsein, welches nicht von einem Punkt der Gesellschaft ausgeht, sondern sich in den Köpfen Vieler befindet, in den Köpfen der Ärzte wie auch in den Köpfen anderer Mildtätiger. Schließlich steht für die Verstaatlichung der Disziplinarmechanismen vor allem die Einrichtung der Polizei. Diese Ordnungsmacht war verantwortlich für alle detaillierten Überwachungsvorgänge und die Dokumentation dessen, was beobachtet wurde: „Im

119 Preußler 1985, S. 83, zitiert aus dem Jahresbericht (1847) der Münchner Gebäranstalt.

18. Jahrhundert versucht ein unermeßlicher Polizeitext die Gesellschaft mittels einer komplexen dokumentarischen Organisation abzudecken." (Ebd., S. 275) Wie sich zeigt, wurde der Begriff und die Funktion der „Polizey" in dieser Zeit sehr viel weiter gefaßt als heute. So konnte es, wie bereits angesprochen, auch eine „medicinische Polizey" geben, die Hygieneverhalten und Gesundheit des Volkes unter ihrer Aufsicht haben sollte. Daß dies nicht in dem gewünschten Ausmaß gelang, sagt nichts über die eigentliche Absicht dieser Maßnahmen. Diese finden sich bis heute in den unsichtbaren, aber allgegenwärtigen Kontrollen jeder alltäglichen Erfahrung. Unsere Körper sind durchdrungen von ihnen.
Die Disziplinen gehen nicht von jemand oder etwas Bestimmtem aus. Sie sind eher die Verkörperung eines bestimmten Prinzips.

> „Die »Disziplin« kann weder mit einer Institution noch mit einem Apparat identifiziert werden. Sie ist ein Typ von Macht; eine Modalität der Ausübung von Gewalt; ein Komplex von Instrumenten, Techniken, Prozeduren, Einsatzebenen, Zielscheiben; sie ist eine »Physik«, oder eine »Anatomie« der Macht, eine Technologie." (Ebd., S. 276 f.)

Die Disziplinen sind Machttechniken, die eine ganz bestimmte Taktik verfolgen, die sie von früheren Machttaktiken unterscheidet. Ihre Kriterien sind möglichst geringe Kosten[120] und eine möglichst alle Ebenen des Gesellschaftskörpers durchdringende Wirkung. Beide Kriterien sollen sich mit der „Leistungsfähigkeit der Apparate verbinden, innerhalb derer sie [die Macht] ausgeübt wird (ob es sich um pädagogische, militärische, industrielle, medizinische Apparate handelt). *Es gilt also gleichzeitig die Fügsamkeit und die Nützlichkeit aller Elemente des Systems zu steigern.*" (Ebd., S. 280, Hvg. v. S.B.)
Gemäß eines Prinzips, das weniger gewalttätig und ausbeutend als milde, profitabel und produktiv ist, bringen die Disziplinen die heterogene Masse der Menschen und Dinge in Übereinstimmung mit den Produktionsapparaten. Da Foucault unter letzteren nicht nur solche Einheiten versteht, in denen materielle Güter produziert werden, sondern auch solche, in denen Wissen, Fähigkeiten, Gesundheit usw. hervorgebracht werden (ebd., S. 281), kann ich auch die Gebärkliniken in die Reihe dieser Apparate einfügen. Nach denselben Prinzipien der Milde, des Profits und der Produktion funktionieren die Entbindungsanstalten des 18. Jahrhunderts im Sinne der Disziplinen. Sie ersetzen Bestrafung und Sanktionierung lediger Mutterschaft durch die wohltätige Aufnahme der Schwangeren. Sie profitieren stellvertretend für die gesamte Bevölkerung aus dieser Praxis, da sie eine wissenschaftliche Forschung und Ausbildung medizinischen Personals erlaubt. Schließlich sind diese Einrichtungen auch produktiv. Was wird hier produziert? In erster Linie wird durch die Isolation der Körper Gebärender ein Wissen über diese Körper produziert, das bis

120 Mit „Kosten" meint Foucault sowohl wirtschaftliche Kosten als auch solche, die entstehen, wenn ein politisches System durch starke Widerstände von Seiten der Bevölkerung geschwächt wird.

dahin in dieser erschöpfenden Dezidiertheit nie hätte gewonnen werden können. Als zweites wird dieser Körper selbst erst konstruiert, er ist ein spezifisches Ergebnis disziplinierender Mechanismen: „Ausgeklinkt aus interaktiven Prozessen der Vertrautheit wird der weibliche Leib zu einem anonymen Naturkörper, zu einer gesetzesmäßig oder gesetzeswidrig funktionierenden »Gebärmaschine«." (Honegger 1983, S. 208) Die charakterisierenden, klassifizierenden, normierenden und hierarchisierenden Maßnahmen der medizinischen Disziplin (Foucault 1992, S. 286) stellen diesen Körper als einen produzierenden, nutzbringenden her.
Vor diesem Hintergrund wird überhaupt erst verständlich, warum sich die Gebärkliniken trotz ihrer Unbeliebtheit in der Bevölkerung, ihrer risikoreichen und wenig lebenserhaltenden Praktiken im 19. Jahrhundert als kontrollierende Ausbildungsstellen etablieren konnten. Die Kliniken banden das Prinzip „gesteigerter Tauglichkeit" mit dem der „vertieften Unterwerfung" (Foucault 1992, S. 177) in einem Körper zusammen. Die Tauglichkeit des weiblichen Körpers steigert sich durch das Wissen über ihn insofern, als die »Vorgänge« in ihm transparenter, vorhersagbarer und definierbar werden. Es ist so möglich, ihn in den produktiven Apparat der Gesellschaft in intensiverer und kostensparender Form zu integrieren, wodurch er gleichzeitig unterworfen wird.

> „Es handelt sich (also) um einen zweifachen Prozeß: um eine epistemologische Enthemmung aufgrund einer Verfeinerung der Machtbeziehungen und um eine Vervielfältigung der Machtwirkungen dank der Formierung und Anhäufung neuer Erkenntnisse." (Foucault 1992, S. 288)

Das medizinische Wissen über die Geburt und den weiblichen Körper ist so auf zweifache Weise mit Macht verflochten: die anatomisch-klinische Wissensstruktur objektiviert den Frauenkörper, unterwirft ihn einer bestimmten »Wahrheit«, welche wiederum, im zweiten Schritt, eine „effektiviätssteigernde Verfügungsmacht" (Kögler 1994, S. 122)[121] über diesen Körper erlaubt. Indessen konnte sich ein geordnetes, systematisches Wissen über ihn nicht ohne bestimmte soziale Prädispositionen bilden, die einen Zugriff erlaubten. Staatlicher Kontrollwunsch über weibliche Fruchtbarkeit und medizinischer Wissensdurst befriedigten sich gegenseitig.

3.2. Verstärkte Kontrolle durch vertiefte Abhängigkeit

Nachdem es gelungen war, lebendige Frauen beim Gebären unter Beobachtung zu stellen, ging man daran mit ihrem Körper zu experimentieren. Es ging den Wissenschaftlern nicht darum, den konkreten Frauen die Geburt zu erleichtern oder ihnen gar tröstend zur Seite zu stehen. Sie strebten nach »Höherem«, sahen ihre

---

121 Das vollständige Zitat zeigt die „epistemische Verflechtung von Machtstrukturen und dadurch ermöglichten Erfahrungsformen" (Kögler 1994, S. 120) in den Humanwissenschaften: „Die humanwissenschaftliche Objektivierung erlaubt der Macht, gerichtet zu handeln. (...) Statt Machtfreiheit regiert hier ein funktionales Verflochtensein von effektivitätssteigernder Verfügungsmacht und humanwissenschaftlicher Wissenszufuhr." (Ebd., S. 122)

Aufgabe darin, der »Natur« bessere Leistungen abzugewinnen als sie von selbst zu vollbringen gewillt war. Diese Absicht ging konform mit dem klinischen Forschergeist, der es sich angelegen sein ließ, „die Kräfte des Lebens und die Aktivität der Organe abzuschätzen; ihre Energie je nach Bedarf [zu] steigern oder vermindern, die Zeiten des Eingreifens und des Abwartens genau fest[zu]setzen; sich mit Sicherheit zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden [zu] entscheiden, (...), diejenige Methode aus[zu]wählen, die am schnellsten, am leichtesten und am sichersten zum Erfolg zu führen scheint; (...)."[122] Nach diesem Vorbild gingen alle vor, ganz gleich, ob sie, wie Boër, der „natürlichen Geburt" anhingen oder, wie Osiander, der Zange den Vorzug gaben, denn sie wollten vergleichen, unterscheiden und klassifizieren, was sie beobachten konnten. Unter diesem „kalkulierenden Blick" (Foucault 1988, S. 103) gestaltete sich die Erfahrung der Geburt um. Nicht nur die Schwangerschaft wird im 18. Jahrhundert zu einem mechanischen Vorgang, durch den Leben erzeugt wird, umgedeutet, nicht nur die vormals „divers" erfahrenen Stationen eines wachsenden Bauches werden „produktiv" nach Gesetzen angeordnet (Duden 1987, S. 38), sondern auch die Geburt selbst wird zum letzten Stadium eines Produktionsablaufes, dessen Phasen penibel eingeteilt sind. Sie gehorcht Gesetzen, die mittlerweile auch für die Natur gelten, einfachen, regelhaften, ökonomischen Gesetzen.[123] Aus der Geburt als Analogie zur gebärenden und verschlingenden Natur, aus einer Grenzsituation, in der Gebären und Sterben analog gesehen wurden, wird eine Situation, in der etwas produziert wird: Leben. Der Begriff »Reproduktion« für alle die Fortpflanzung betreffenden Phänomene, taucht allerdings erst im 19. Jahrhundert auf. Diese wissenschaftliche Namensgebung ist im Zusammenhang mit den funktionalen Begriffen der Bevölkerungswissenschaft und der politischen Ökonomie zu sehen: „Reproduktion entsteht und ist verbunden mit dem Kontext der Produktion, als dieser Begriff 1850 ins Zentrum der politischen Ökonomie rückt. In diesen Jahrzehnten werden zunehmend mehr und mehr Erfordernisse des Lebens in Bedürfnisse nach Waren umgewandelt und alle Güter als Resultat eines als kulturell unvermittelt (..) wahrgenommenen Prozesses angesehen, der »Produktion« genannt wird. Kapital und Arbeit waren die produktiven Faktoren, der Uterus wie die Hausarbeit wurden neu definiert als die Faktoren, durch die die Arbeitskraft selbst reproduziert wird." (Ebd., S. 43)

Wie Frauen und Hebammen gleichermaßen in einen solchen produktiven Apparat eingebettet werden konnten, läßt sich gut anhand der Technik der Prüfung zeigen, einem Verfahren, dem tatsächlich auch Hebammen und Gebärende in der Klinik gleichermaßen ausgesetzt wurden und werden. Die Prüfung ist eine der drei „Grundformen" (neben „Messung" und „Ermittlung") des Macht-Wissens (Kam-

---

122 Foucault 1988, S. 102, zit. A. Gibral, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier.* Montpellier 1858, S. 18.

123 Merchant (1994) weist diesen Paradigmenwechsel in der Naturerfahrung bereits im 17. Jahrhundert nach. War es ehemals eine lebendige Mutter, die alle Wesen der Erde gebiert und zu gegebener Zeit in ihren Leib zurückholt, so wird die Natur im Lichte der Wissenschaft zu einer toten, aber geordneten, materiellen Substanz, die Ressourcen produziert, die man ihr auf mehr oder weniger effiziente Weise entreißen kann.

mler 1986, S. 175): die Zusammenschaltung von Wissen und Macht kommt hier zum Tragen, die beiden Elemente stützen sich und bringen sich gegenseitig hervor.[124] Für Foucault ist die Prüfung „ein Mechanismus, der eine bestimmte Form der Machtausübung mit einem bestimmten Typ der Wissensformierung kombiniert." (Foucault 1992, S. 241) Durch diese Technik passiert dreierlei: die Subjekte werden von der Macht unterworfen, indem man ihnen unbedingte Sichtbarkeit aufzwingt (ebd., S. 241); sie werden zu einem beschreibbaren, analysierbaren und vergleichbaren Gegenstand (ebd., S. 245); durch die umfassende Dokumentation werden sie schließlich zu »Fällen« (ebd., S. 246).

Die *Sichtbarkeit* ist ein besonders verbindendes Element zwischen der Disziplinierung der Hebammen und der der Gebärenden. Gab es ehemals kein geeignetes Instrument, um das Wissen und die Praxis der Hebammen zu kontrollieren, war es durch die Einführung von Prüfungen vor den Medizinalräten einer Stadt möglich geworden, genau zu erfassen, wie die Hebammen arbeiteten. Es war darüberhinaus möglich, das Ablegen einer Prüfung zur Pflicht zu machen und so zu selektieren, wer für den Beruf geeignet und wer nicht geeignet war, wer ihn ausüben durfte und wer nicht. Der Gebärenden wurde unter der Beobachtung von Ärzten in der Klinik eine Sichtbarkeit aufgezwungen, die über diejenige hinausging, welche bereits durch das Sezieren von Leichen (der „unsichtbaren Sichbarkeit") geschaffen werden konnte. Sie standen nun dem kalkulierenden medizinischen Blick auch während ihrer Geburtstätigkeit zur Schau, die von den Ärzten einer Prüfung unterzogen werden konnte. Dies leitet bereits über zum nächsten Charakteristikum der Prüfung, der Beschreibbarkeit und Analysierbarkeit von Individuen.

Man stellte die Frauen und Hebammen in ein „Feld der Überwachung" (ebd., S. 243), dokumentierte und registrierte gleichzeitig ihre individuellen Eigenschaften (bei den Frauen die physischen, bei den Hebammen die kognitiven und sozialen), „so daß man von jedem allgemeinen Register zu einem Individuum gelangt und umgekehrt jedes individuelle Prüfungsergebnis auf die Gesamtaufstellung zurückwirkt." (Ebd., S. 245) Dieses Verfahren erlaubt es, Normen, Klassen und Kategorien zu bilden, die das Individuum zu einem *beschreibbaren, analysierbaren und vergleichbaren Gegenstand* machen. Der Geburtsvorgang wurde in Phasen eingeteilt, pathologische Geburten wurden von »normalen« unterschieden, in jede Kategorie konnte eine individuelle Frau hineingeordnet werden. Es war auch möglich, die Hebammen auf eine bestimmte Weise auszubilden, sie an medizinische Normen in ihrem Handeln anzupassen, sie nicht mehr zu lehren, als sie wissen sollten, ihren Kompetenzbereich zu beschränken. Im II. Kapitel habe ich diese Praktik beschrieben, die die Lehre der Studenten von der der Schülerinnen trennte, welche auf den Bereich der »Normalgeburten« verwiesen wurden.

---

124 Es handelt sich bei Messung, Ermittlung und Prüfung „um technologische Verfahrensschemata, die in bestimmten diskursiven Praktiken - auch simultan - zum Einsatz kommen können." (Kammler 1986, S. 175) Die Prüfung ist nach Foucault gerade das Verfahren, auf dessen Grundlage sich die Humanwissenschaften konstituieren; Norm, Regel, Teilung, Qualifikation und Ausschließung werden hier fixiert (ebd., S. 176).

Frauen und Hebammen werden so zu *„Fällen"*. Ein Fall ist „das Individuum, wie man es beschreiben, abschätzen, messen, mit anderen vergleichen kann, (...) das man zu dressieren oder korrigieren, zu klassifizieren, zu normalisieren, auszuschließen hat usw." (Ebd., 246) Diese dokumentarische Ordnung der Individuen funktioniert als objektivierende Vergegenständlichung und subjektivierende Unterwerfung; das Individuum wird nicht nur beobachtet, sondern hergestellt (ebd., S. 247).
Martin stellt fest, daß die von ihr interviewten Frauen, wenn sie von einer Geburt berichten, ihren Körper so darstellen, als sei er ein von ihnen abgetrenntes Wesen. Die Autorin führt diese Wahrnehmung darauf zurück, „daß der ganze Geburtsvorgang nach dem Modell eines Produktionsprozesses in Einzelschritte zerlegt worden ist." (Martin 1989, S. 111) Sie deutet das Gefühl der Frauen als „Entfremdung" im Marxschen Sinne, sieht also im Getrenntsein von Selbst und Körper etwas Ähnliches wie ein Getrenntsein des Arbeiters von seinem Produkt, wobei sie die Bezeichnung des Gebärens als Arbeit aus dem englischen „labor" ableitet, das seit dem 15. Jahrhundert gleichzeitig für die Geburtsarbeit wie für die Herstellung von Waren für den Markt benutzt wird (ebd., S. 89). „Es besteht auch die Möglichkeit, daß die Frau, die »Arbeiterin«, allmählich aus dem Blickfeld verschwindet, während die Ärzte-Fabrikanten sich darauf konzentrieren, perfekte »Produkte« zu »produzieren«." (Ebd., S. 177)
Nach Foucault läßt sich das Gefühl der Frauen etwas anders deuten: indem die Geburt in Phasen eingeteilt wird, funktioniert dieser Objektivierungsmechanismus gleichzeitig als subjektivierende Unterwerfung.[125] Auch für die Frauen wird ihr eigener Körper nun zum Objekt medizinischer Beobachtung. Sie deuten seine Tätigkeiten in diesem Rahmen und konstituieren so durch ihr eigenes Bewußtsein eine bestimmte Identität als Gebärende. Indem sie die Abstände der Wehen mitstoppen, die Kontraktionen ihrer Gebärmutter als solche deuten, werden sie zum verlängerten Arm wissenschaftlicher Auffassungen über ihren Körper. Sie machen sich selbst zum Gegenstand. Sie werden also nicht einfach ausgebeutet, sondern als Individuen nutzbar gemacht für den medizinischen Apparat. Dieser erwirbt durch die kontinuierliche Kontrolle der Körpertätigkeiten während der Geburt weiteres Wissen, welches erlaubt, solche Deutungen und Kontrollen im Nachhinein zu rechtfertigen.

> „Die von der Macht durchgesetzte Reglementierung der Tätigkeit ist zugleich deren inneres Konstruktionsgesetz. Und so wird der Charakter dieser Disziplinarmacht sichtbar: es geht ihr weniger um Ausbeutung als um Synthese, weniger um Entwindung des Produktes als um *Zwangsanbindung an den Produktionsapparat.*" (Foucault 1992, S. 197, Hvg. v. S.B.)

---

[125] Die medizinische Wissenschaft ist frei von der Vorstellung, Macht auf Menschen ausüben zu wollen, vielmehr gehört es zu ihrem Ehrenkodex, dem Menschen und seinem Wohlbefinden zu dienen; andererseits funktioniert ihr Produktionsapparat in der Weise, daß „jeder Objektivierungsmechanismus darin als Subjektivierungs / Unterwerfungsinstrument funktioniert (...)." (Foucault 1992, S. 287)

Tatsächlich trifft diese Absicht der Anbindung auch auf die wissenschaftliche und institutionalisierte Geburtshilfe zu. Indem sich Mediziner nicht nur einfach das Wissen der Hebammen (und allgemein der Frauen) aneigneten, sondern dieses Wissen so transformierten, daß es aus dem alltäglichen Lebensbereich herausgehoben wurde, gerieten die Frauen in die Abhängigkeit des wissenschaftlichen Produktionsapparates. Sowohl die Hebammen, die nur noch über die Ausbildung in einer Klinik tätig werden dürfen, als auch die gebärenden Frauen, deren Traditionen und Selbstwahrnehmungen in bezug auf ihren Körper immer mehr verschwinden, werden zu Subjekten der medizinischen Disziplin. Sie werden zu Subjekten und nicht etwa nur zu »Objekten«, denn ihre Unterwerfung ist so tief, daß durch sie die eigene Identität gestaltet wird. Die Definition Foucaults für den Begriff *Subjekt* umfaßt ja zwei Merkmale: 1. „vermittels Kontrolle und Abhängigkeit jemandem unterworfen sein" und 2. „durch Bewußtsein und Selbsterkenntnis seiner eigenen Identität verhaftet sein." (Foucault 1987, S. 246) Indem die Frauen und Hebammen in die Abhängigkeit medizinischer Erklärungsmuster und Körperbilder geraten, verwandeln sie sich selbst in ein Subjekt, denn ihr Bewußtsein und ihre Selbsterkenntnis bauen auf dem medizinischen Diskurs auf. Sowohl die Identität der Hebamme als auch die ihrer Klientin ist mit ihm verknüpft. Die Kontrollwirkung eines solchen Verhältnisses ist, wie man sich unschwer vorstellen kann, von viel effizienterem Ausmaß als jede amtliche oder gesetzliche Verfügung es jemals war.

3.3. Die Macht zum Leben

Was bis hierher gezeigt wurde, läßt sich in den größeren Bezugsrahmen des modernen Machttypus einordnen. Die Disziplinen, die seit dem 17. Jahrhundert den „Körper als Maschine" hervorbringen, indem sie seine Fähigkeiten steigern und dressieren, seine Kräfte ausnutzen und ihn in ökonomische Kontrollsysteme eingliedern, bilden einen Pol dieser Machtform, der andere wird von den Kontrollen gebildet, die seit Mitte des 18. Jahrhunderts regulierend auf die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, die Gesundheit und Lebensdauer der Bevölkerung oder, spezieller, auf den „Gattungskörper" einwirken (Foucault 1986, S. 166). Beide Pole sind in der Entwicklung der Geburtshilfe ohne Schwierigkeiten auszumachen, denn der Körper der gebärenden Frau wird unter dem Auge der Wissenschaft zu einer Maschine, deren Funktionen „einer mathematischen Demonstration fähig"[126] werden, wodurch es einfacher wird, ihn in den gesellschaftlichen Produktionsapparat einzugliedern. Gleichzeitig wird es möglich, auf effizientere Weise die Fortpflanzungsfunktionen der Frau zu erfassen und zu regulieren. Beide Techniken verketten sich, wie bereits aufgezeigt, im Grunde bereits in den Gebäranstalten des 18. Jahrhunderts, eine flächendeckende gesellschaftliche Vernetzung wird von Foucault jedoch erst im 19. Jahrhundert angesiedelt. Diese Fusion eben nennt er „Bio-Macht" oder „die Macht zum Leben" (ebd., S. 166 f.). Damit wandeln sich Ziel und Funktionsweise der

---

[126] Ein Ausdruck des Prof. Stein, Leiter der Bonner Entbindungsklinik Anfang des 19. Jh., zit. bei Metz-Becker 1994, S. 217 (siehe auch Kap. II., 3.2.2. in vorlieg. Arbeit).

Macht. Sie ist nun auf das Leben und seinen Ablauf gerichtet: „Zum ersten Mal in der Geschichte reflektiert sich das Biologische im Politischen." (Foucault 1986, S. 170) Das „Scharnier zwischen den beiden Entwicklungsachsen der politischen Technologie des Lebens" (ebd., S 173) bildet der Sex[127], denn er erlaubt sowohl den Zugang zum „Leben des Körpers" als auch zum „Leben der Gattung" (ebd., S. 174). Foucaults These in *Der Wille zum Wissen* ist, daß die „Normalisierungsgesellschaft" des 19. Jahrhunderts sich über einen wissenschaftlichen Diskurs über das Sexuelle etablierte (Bührmann 1995, S. 36). Entgegen der verbreiteten Idee von der unterdrückten Sexualität (Foucault nennt sie „Repressionshypothese"[128]), vertritt er die Auffassung, daß Macht und Sexualität keinen Gegensatz bilden, sondern beide über die Wissenstechnik des „Geständnisses" miteinander verbunden sind (ebd., S. 38), eine Technik, über die sich die „scientia sexualis" bilden konnte.

> „Nachdem im 19. Jahrhundert das Geständnis als Zeichen und die Sexualität als etwas zu Interpretierendes konzipiert worden waren, konnten die Geständnisprozeduren in das Netz wissenschaftlicher Diskurse eingespannt werden. (...) Im Rahmen dieser neuen Techniken verortet Foucault die Formierung des Sexualitätsdispositivs, als dessen Hauptstützpunkt die Familie fungiert. Von diesem Dispositiv nimmt er an, daß es eine Normalisierungsmacht befördere, für die charakteristisch sei, daß sie nicht die Norm selbst, d.h. die eheliche Sexualität, sondern alles Abweichende zum Gegenstand ausufernder und neugieriger Untersuchungen, Befragungen und Prüfungen macht." (Ebd., S. 40)

Interessant an der Formierung des Sexualitätsdispositivs ist für mich zweierlei: erstens ist eines der Grundelemente des Dispositivs der weibliche Körper[129] und zweitens erscheinen hier Sex und Individuum als Effekte eines Macht-Wissen-Komplexes. Der weibliche Körper wird zum Gegenstand ausufernder, vor allem medizinischer Diskurse, wie Bührmann nachweist, was ihn als prinzipiell abweichend und krank erscheinen läßt (Bührmann 1995, S. 65). Er unterliegt einer „Hysterisierung"[130], die sich in seiner vollständigen Identifizierung mit der Sexualität, seiner Pathologisierung

---

127 Bedenkt man, daß Foucault das Wort „le sexe" im französischen Originaltext in zweierlei Bedeutungen verwendet, nämlich einmal für »Sexualität« und einmal für »Geschlecht« (Bührmann 1995, S. 37), so könnte man dies als Hinweis dafür betrachten, daß auch die Konsolidierung der Geschlechter und der Geschlechtcharaktere im 19. Jahrhundert mit der neuen Machtform in einem grundsätzlichen Zusammenhang steht.

128 Die drei zentralen Postulate der „Repressionshypothese" sind: 1. ein natürlicher Kern von Sex wird postuliert, dem neben subversiven auch emanzipative Qualitäten zugesprochen werden; 2. Macht funktioniert im wesent-lichen nach dem Modus der Unterdrückung; 3. es besteht ein struktureller Gegensatz zwischen Macht und Sexualität (Bührmann 1995, S. 36).

129 Es gibt insgesamt vier Grundelemente: die Hysterisierung des weiblichen Körpers, die Pädagogisierung des kindlichen Sexes, die Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens, die Psychiatrisierung der perversen Lust (Foucault 1986, S. 126 f.).

130 Hysterie: gr. hysterikos, an der Gebärmutter leidend; hystera (gr.): Gebärmutter (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 1990, S. 756). Die Hysterie, eine Krankheit, die im 19. Jahrhundert »populär« wurde, galt bei Frauen weniger als eine solche, sondern eher als die Übersteigerung einer bereits angelegten, »normalen« Anlage, als „Hyperweiblichkeit" (Honegger 1983, S. 207). Ich vermute, daß Foucault mit seiner Bezeichnung auf diesen Sachverhalt anspielt.

und zuletzt darin äußert, daß er auf seine Fortpflanzungsfunktionen reduziert und festgelegt wird (Foucault 1986, S. 126).
Als Wesen, die hauptsächlich mit ihrem »Sex« identifiziert werden, müßten Frauen also aus der gesellschaftlichen Disziplinierung als besondere Effekte des Macht-Wissen-Komplexes hervorgehen. Wenn dies so wäre, würde es die eigenartige, widersprüchliche Erklärung für den Ausschluß von Frauen als Verantwortliche für den geburtshilflichen Bereich durchschaubarer machen. Als »Gattungswesen« wären dann Hebamme und Gebärende gleichermaßen nicht diejenigen, die kontrollieren, sondern diejenigen, die einer verschärften Kontrolle unterworfen werden, da ihre als vornehmlich reproduktiv unterstellte Körpertätigkeit und die davon abgeleiteten und zugewiesenen Aufgaben sie in einen bestimmten Produktionsbereich einordnen. Tatsächlich spricht Bührmann von einer „spezifischen Disziplinierung" der Frau (Bührmann 1995, S. 70). Ihre Vergesellschaftung baut demnach auf drei Säulen auf: 1. Die Humanwissenschaften konstruieren mit ihrem Diskurs im 19. Jahrhundert eine biologische Zweigeschlechtlichkeit. Die hier behaupteten biologischen Differenzen wurden auf den sozialen Bereich übertragen und wiesen der Frau einen bestimmten Geschlechtscharakter zu, der sie 2. als „hysterisiertes Gattungswesen" (ebd., S. 72) markierte. 3. Aufbauend auf der biologischen Geschlechterdifferenz wurde der weibliche »Sex« auf die Fortpflanzung reduziert und als prinzipiell abweichend verstanden (ebd.). Durch die Kontrolle der Körpertätigkeiten und der Medikalisierung des weiblichen Körpers gelingt so viel mehr, als Frauen nur an den medizinischen Apparat anzubinden, wie ich es anhand des Beispiels der Geburtshilfe gezeigt habe. Sie werden vielmehr auf diese Weise in den gesamtgesellschaftlichen Produktionsapparat integriert, ihre Gebärfähigkeit wird einerseits postuliert[131] und andererseits zu einem konstituierenden Moment ihrer Identität. Darüberhinaus wird ihre spezielle Körperlichkeit als grundsätzlich krankhaft, anfällig und vertrauensunwürdig diskursiviert, gleichzeitig wird ihnen unterstellt, sie seien mehr als Männer auf ihren Körper zurückgeworfen und durch seine »Funktionen« unterworfen. Mit diesen Begründungen ließ sich sowohl der Ausschluß der Hebammen aus diskursbestimmenden, verantwortlichen Positionen in der Geburtshilfe legitimieren, als auch die Entmündigung der Gebärenden, die nun als autoritative Sprecherinnen aus dem Geburtsereignis ausgeschlossen wurden.

Mit Hilfe der Analyse Foucaults läßt sich der beschriebene Prozeß geburtshilflicher Professionalisierung in eine allgemeine gesellschaftliche Bewegung integrieren, d.h. man kann nicht davon ausgehen, daß ein verstärkter Machtzugriff ausschließlich auf den weiblichen Körper stattgefunden hat. In sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen setzte sich eine Kontrolle über menschliche Körpertätigkeiten durch, im Militär wie im Strafvollzug, in der Schule wie im Krankenhaus, sogar in der Familie als wichtigste und privateste Keimzelle der Macht, immer mit der »Absicht«, den Körper gleichzeitig

131 Gebärfahigkeit wird deshalb „postuliert", weil aus der anatomischen Konstruktion eines »weiblichen Körpers«, dessen Fähigkeit und soziale Aufgabe zu gebären, abgeleitet wird.

produktiv zu machen und zu unterwerfen. Gerade in Texten über die Entbindungsanstalten des 18./19. Jahrhunderts kommt oft die verständliche Empörung darüber zum Ausdruck, daß in diesen Institutionen ein ungehemmter, rücksichtsloser Zugriff auf den Körper von Frauen durch männliche Wissenschaftler erfolgte, deren Forschungen es erlaubten, diesen Körper umfassend zu kontrollieren.[132] Es bleibt dabei unerwähnt, daß im selben Zeitraum eine ganz ähnliche Entwicklung auf den Körper von Kindern, Kranken, Soldaten u.a. zutrifft. Häufig scheint es, als greife eine homogene Gruppe von Wissenschaftlern nach der Fruchtbarkeit und dem Körper einer ebenfalls einheitlichen Gruppe der Frauen, um gerade ihre Kräfte zu zähmen, gerade ihre Potentiale zu unterdrücken und gleichzeitig zu nutzen. Es scheint mir aber viel wahrscheinlicher, daß es sich bei der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe eher um eine spezifische Weise des Machtzugriffs auf den Frauenkörper handelt als um eine spezifische Unterdrückung von Frauen. Sie werden offenbar auf besondere Art in den gesellschaftlichen Produktionsapparat integriert, unterliegen jedoch den gleichen auf den Körper zielenden Machttechniken, wie sie allgemein innerhalb der Disziplinen angewandt werden.[133] Dies habe ich am Beispiel der Geburtshilfe zu zeigen versucht. Der Körper der Frau wird auch hier in die Produktionsapparate des Kapitalismus eingegliedert, der auf diese „kontrollierte Einschaltung" ebenso angewiesen war wie auf die „Anpassung der Bevölkerungsphänomene an die ökonomischen Prozesse" (Foucault 1986, S. 168).

> „Aber er hat noch mehr verlangt: das Wachsen der Körper und der Bevölkerungen, ihre Stärkung wie auch ihre Nutzbarkeit und Gelehrigkeit; er brauchte Macht-methoden, die geeignet waren, die Kräfte, die Fähigkeiten, das Leben im Ganzen zu steigern, ohne deren Unterwerfung zu erschweren. (...)
> Die Besetzung und Bewertung des lebenden Körpers, die Verwaltung und Verteilung seiner Kräfte waren unentbehrliche Voraussetzungen." (Ebd.)

Wenn man davon ausgehen kann, daß Frauen auf spezifische Weise in den Produktionsapparat der Industriegesellschaft eingegliedert wurden und die Geburt ihren Platz darin als Stufe eines Vorgangs einnimmt, der mit der Fortpflanzung als einem

---

132 Siehe z.B. Preußler 1985, Metz-Becker 1994, Grabrucker 1989, Duden 1980.

133 Der These Bührmanns, die besagt, daß Frauen in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts „widersprüchlichen Disziplinierungstechnologien" (Bührmann 1995, S. 66) unterlagen, da ihnen durch das polarisierende Geschlechtermodell einerseits eine besondere emotionale Potenz zugeschrieben wurde, sie aber andererseit in Haushalt und Kindererziehung rational handeln sollten, kann ich vor dem Hintergrund meiner eigenen Ergebnisse nicht folgen. Gerade die Tatsache, daß - gleichgültig ob erwerbstätig, in rationelle Haushaltsführung eingebunden oder nicht - Frauen in erster Linie als für die Fortpflanzung und allen damit zusammenhängenden Aufgabenbereichen zuständig erklärt wurden, macht doch ihre spezifische Disziplinierung aus. Möglicherweise liegt der Ansicht Bührmanns die Art und Weise, wie sie Produktion und Reproduktion voneinander trennt, zugrunde. Sie beschränkt die Ausdehnung der Produktionsapparate auf den industriellen bzw. volkswirtschaftlichen Sektor: „Denn Frauen sollten (...) nicht oder zumindest nicht ausschließlich in den Produk-tionsapparaten tätig werden, sondern ihnen wurde die alleinige Verantwortung für den Reproduktionsbereich übertragen (...)." (Ebd., S. 65) Foucault hat eine sehr viel weitreichendere Definition für den Begriff „Produktionsapparat" gegeben, die ich in meiner Arbeit bereits angeführt habe (Kap. III., 3.1., S. 74 f.).

abgeschlossenen Produktionsbereich zusammenhängt, so kann es in einer kapitalistischen Gesellschaft nicht verwundern, daß letztlich dazu übergegangen wird, die Qualität einer medizinischen Geburtshilfeleistung an ihren produktiven Ergebnissen zu bemessen. Hier schließt sich der Kreis zur aktuellen Diskussion, die von ebendieser Politik beherrscht ist.
Eine Rückblende in die Zeit der vorwissenschaftlichen Geburtshilfe hat gezeigt, daß auch damals die Frauen nicht unkritisch waren in Bezug auf die Wahl ihrer Hebamme. Sie mußte konkrete »Qualitäten« mitbringen, die sich jedoch auf ganz andere Kriterien stützten, als heute. Empathie und Mitleid, Geduld und Ruhe waren entscheidender als Effizienz, technisches Know-how und professionelle Routine. Mut, Durchhaltevermögen und das gegenseitige Vertrauen der Frauen zueinander waren wichtiger als die in steriler Perfektion ausgeführten Handgriffe medizinisch geschulten Personals. Es geht mir mit dieser Feststellung nicht darum, die »alte« Hebammengeburtshilfe zu verklären und zu romantisieren. Es liegt auf der Hand, daß sich angesichts einer Geburtshilfe, die mit geringen technischen und operativen Möglichkeiten auskommen muß, Vorstellungen von einer gelungenen und guten Niederkunft bilden, die sich weniger auf Hilfsmittel als auf die begleitenden Umstände beziehen. Gerade wenn solche Mittel fehlen, werden Hoffnung und Mut um so wichtiger. Der Wunsch, ein lebendiges, gesundes Kind zur Welt zu bringen, war auch damals sicher ebensowenig von nachrangiger Bedeutung wie der Wunsch, selbst zu überleben. Aber - und davon darf ich wohl ausgehen - es ist sicher keine der Frauen auf die Idee gekommen, das Interesse am Überleben in ein Interesse am Leben »an sich« umzuwandeln. Dieses »Leben« als abstrakte Größe geistert in der heutigen Diskussion jedoch durch die Statistiken und spukt als „Mortalitätsrate" in den Gruselkabinetten wissenschaftlicher Diskursproduktion umher. Es gilt nicht nur, so viel wie möglich von diesem »Leben« zu erhalten, sondern es geht vor allem darum, seine Qualität noch zu steigern bzw. »Qualitätseinbußen« um jeden Preis zu vermeiden.[134] Der Zynismus, der meiner Meinung nach in viel stärkerem Maße in dieser Einstellung zu finden ist als in der der »guten Hoffnung«, provoziert den Gedanken, moderne Geburtshilfe solle mit ihren Kontroll- und Überwachungsmethoden dazu beitragen, daß immer neue und leistungsfähige Individuen für die Produktionsapparate bereitstehen können. Aus der Perspektive der Bio-Macht wird das Leben der Menschen zum »Humanpotential«, ihr Tod hingegen zum „Nicht-Ereignis" (Nassehi 1995, S. 230). Da die neue Machtform das Leben besetzt hält, darf die Analogie von Geburt und Tod nicht länger bestehen.

---

134 Ein Beispiel für diese Haltung ist die folgende Aussage eines amerikanischen Wissenschaftlers: „Es wird davon ausgegangen, daß die Mehrzahl der in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Personen diejenigen sind, die als Folge einer unkontrollierten Geburt geistig oder körperlich behindert sind. Das Leiden einer geistigen oder körperlichen Behinderung ist sicher die größte Tragödie, die einem Menschen, einer Familie, Gesellschaft oder gar Volkswirtschaften dieser Erde widerfahren kann. Es kann keine schwererwiegende und tiefergehende Verletzung der Qualität des Lebens geben." (Pritchard, Jack A. u.a., *Williams Obstetrics*, 17. Aufl., Norwalk, CT 1985, S. 299. Zit. nach Martin 1989, S. 180.)

IV. Resumée

Bis zum 18. Jahrhundert lagen Geburt und Geburtshilfe ausschließlich in den Händen von Frauen. Ihr Wissen kann als kollektives, lebensweltliches Wissen bezeichnet werden. Hebammen waren Expertinnen dieses Wissens und oftmals zusätzlich Heilkundige. Schon im 13. Jahrhundert begann die Kirche sich für den geburtshilflichen Bereich zu interessieren; sie übertrug den Hebammen die Pflicht zur Nottaufe. Von der Kirche ging auch die erste verstärkte Kontrolle der Hebammentätigkeit aus, welche sich während der Hexenverfolgungen in besonderem Mißtrauen gegen die Hebemütter äußerte. In den Hebammenordnungen wurden schließlich seit dem 15. Jahrhundert Pflichten und Aufgaben der Hebammen genauestens fixiert, eine Praktik, die die Frauengemeinschaft das erste Mal rechtlich aufspaltete. Geburtshilfe wurde amtlich kontrolliert und verwaltet. Besonderes Interesse hieran hatten die Stadtärzte sowie andere heilkundlich Tätige, denn sie wollten das Gesundheitssystem, um ihrer eigenen professionellen Möglichkeiten willen, geordnet sehen. Die Ärzte wurden im 16. Jahrhundert schließlich zur wichtigsten Kontrollinstanz des Hebammenwesens. In diese Zeit fallen auch die ersten Auseinandersetzungen zwischen Medizinern und Hebammen, bzw. die Kritik an den Praktiken der Letzteren veränderte sich. Galten die Hebammen zunächst vor allem als religiös und sittlich dubios, wurde nun ihr Wissen als minderwertig abqualifiziert oder gänzlich in Frage gestellt.
Anhand der Rekonstruktion frühneuzeitlichen geburtshilflichen Überlieferungswissens durch Pulz habe ich gezeigt, daß Hebammen und Ärzte, unter ihnen vor allem Chirurgen, ein verschiedenartiges Verständnis von »Wissen« hatten. Das Beispiel der Justine Siegemund kann nicht als vollständig repräsentativ für zeitgenössische Kolleginnen betrachtet werden, denn als protestantische Hebamme ist die Siegemundin mit ihrer Arbeitsweise genau zwischen den traditionellen, volkstümlichen Praktiken ihrer Kolleginnen und den wissenschaftlichen ihrer Kritiker anzusiedeln. Dennoch kann man ihr Wissen nicht als ein gesondertes Wissen verstehen, denn es ist auf ganz ähnliche Weise erworben wie das anderer Laiengeburtshelferinnen ihrer Epoche.
Im Zuge der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, welche sich über die Einführung von Gebärhäusern etablierte, änderten sich Wissensform und Methoden. Anatomische und theoretische Kenntnisse traten in den Vordergrund, volksmedizinische Praktiken wurden durch instrumentelle und manuelle Eingriffe ersetzt, die auch häufig gegen den Willen und unabhängig vom Zustand der betroffenen Frauen vorgenommen wurden. Die »Patientinnen«, die in den Accouchieranstalten hospitalisiert wurden, rekrutierten sich aus ledigen, gering bemittelten Frauen, die dort als »Unterrichtsmaterial« für angehende Mediziner und Hebammen dienten. Die Hebammen wurden von dieser Zeit an verpflichtet, eine Ausbildung in einer solchen Gebärklinik zu absolvieren und eine Prüfung abzuleisten. Sie gerieten auf diese Weise in die Abhängigkeit des medizinsichen Produktionsapparates. Die Ausbildung, die man ihnen zukommen ließ, unterschied sich in ihrem Anspruch stark von der der

Studenten, insbesondere die pathologische Geburtshilfe wurde ihnen als Arbeitsbereich vorenthalten.
Die Legitimierung »männlicher« Geburtshilfe konnte im 19. Jahrhundert schließlich durch die Begründung erbracht werden, daß Frauen von Geschlechts wegen ungeeignet für diese Aufgabe seien. Diese neuerliche Bekräftigung des Vorurteils, die Hebammen seien unfähig, wurde auf dem Fundament des medizinischen Diskurses errichtet, welcher eine polarisierende Geschlechterpolitik mitkonstruierte und vertrat. Sowohl der weitgehende Ausschluß der Frauen aus der professionellen Verantwortung als auch die Ausblendung der Verantwortung der Gebärenden für ihren eigenen Körper erfolgte über denselben Weg einer medizinischen „Politik der Wahrheit". Diese hatte den widersprüchlichen Effekt, daß die eigentümliche Selbsterfahrung der Frauen, die ehemals ihre Zuständigkeit für die Geburtshilfe nahelegte, nunmehr als Begründung diente, sie von diesem Lebensbereich auszuschließen. Ihre eigenen Erklärungsmuster wurden in der Folge unwichtiger und verschwanden schließlich ganz.
Die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe nahm ihren Anfang unter den speziellen Bedingungen der Disziplinargesellschaft, welche ihre Kontrollen nicht nur auf die Körper der Frauen richtete, sondern auf alle Körper, um Wissen über sie anzusammeln. Dieses Wissen half, Frauen auf spezifische Weise in die Produktionsapparate des Kapitalismus zu integrieren und so auch auf spezifische Weise Macht über sie auszuüben; das heißt aber nicht, daß das Wissen *aus diesem Grunde hervorgebracht* wurde. Die Macht wirkt nicht *auf* Frauen, sondern *durch* sie hindurch, d.h., sie sind Wirkungen der Macht - wie alle Individuen. Eine der Wirkungen dieser Macht ist, daß die Frauen bestimmte Identitäten ausbilden, die sich auf ihren Körper als tra-gendes Element beziehen.
Mit meinen Ausführungen kann ich die anfangs aufgestellten Thesen folgendermaßen stützen:
1. Machtverhältnisse sind in der Entwicklung der Geburtshilfe von Bedeutung.
Der Zugriff der Macht erfolgt über den Körper, denn mit der Verwissenschaftlichung und der Etablierung einer Norm gelingt es, den Körper der Frau und den Geburtsvorgang einer stärkeren Kontrolle zu unterwerfen.
Betrachtet man die Erfahrungsstruktur der Hebammen vor der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, so erkennt man, daß sie sich nicht auf Normen und allgemeine Klassifizierungen stützte, sondern auf situativ und sinnlich erfahrbare Gegebenheiten, auf die Aussagen der Frauen, Glauben und Hoffen, tradiertes Wissen. Diese Erfahrungsstruktur habe ich als frei von Objektivierungen erkannt. Die wissenschaftliche diskursive Praxis etabliert sich dagegen durch Ausschlußprinzipien: das Wissen der Hebammen wird als Nicht-Wissen ausgegrenzt bzw. als umgeformtes Wissen von ihnen als Urheberinnen abgetrennt. Der „Wille zur Wahrheit" (Kögler 1994, S. 86) entfaltet sich auf der Ebene der sozialen Praxis und wirkt durch die Diskurse hindurch. Durch Beobachtungs- und Meßverfahren wird der weibliche Körper und der Geburtsvorgang objektiviert, ein Vorgang, den Foucault als *objektivie-*

rende Unterwerfung bezeichnet. Der weibliche Körper wird Machtmechanismen unterworfen durch:

- Konstruieren einer »Norm«
- Unterwerfung und erschöpfende Ausnützung der Körpertätigkeiten

Der Frauenkörper wird so gleichzeitig produktiv und unterworfen. Die spezifische Disziplinierung der Frau bezieht sich auf die spezifische Produktivität ihres Körpers, der aber als solcher konstruiert ist und in ihre subjektive Ich-Identität eingeht, was wiederum als *subjektivierende Unterwerfung* bezeichnet werden kann.

2. Die Machtverhältnisse betreffen das Geschlechterverhältnis,

aber nicht einfach in der Weise, daß (männliche) Wissenschaftler sich ein durch Frauen dominiertes Gebiet aneignen und sie daraus verdrängen sowie den Frauenkörper als anfälliges, hauptsächlich zu Gebärzwecken nützliches Instrument definieren und unterwerfen. Vielmehr ist diese Entwicklung als Teil einer übergeordneten, allgemeinen gesellschaftlichen Tendenz zu sehen: die Disziplinen, die auf den Körper und seine Gelehrigkeit zielen sowie die Bio-Politik der Bevölkerung verschmelzen zu einer Machtform, die auf das Leben und seine Prozesse zielt. Nicht nur der Frauenkörper, der im Zuge dieser Entwicklung in seiner anatomischen Festgelegtheit erst entsteht, wird zur Zielscheibe der Disziplinarmacht, nicht nur der weibliche Körper wird der Verwaltung und Kontrolle unterworfen, die auf das Leben, das er nunmehr »produzieren« soll, gerichtet ist. Alle Körper und alles Leben werden verstärkt verwaltet, in ihrer Nutzbarkeit und Ökonomie effizienter gemacht. Seit die Disziplinarsysteme den gesamten Gesellschaftskörper durchziehen, je anonymer und je funktioneller also die Macht wird, desto mehr wird das Individuum zum Produkt dieser Macht, anstatt Macht auszuüben (Foucault 1992, S. 248). Wird der Mann zum Individuum, die Frau zum »Gattungswesen« diszipliniert, so werden sie mit Hilfe derselben Techniken auf verschiedene Art und Weise der Macht unterworfen, werden nach denselben Regeln in verschiedene Bereiche der Produktionsapparate des Kapitalismus eingegliedert. Zwar gelten männliche Individuen fürderhin als »normaler« als die weiblichen, welche generell als von der Norm abweichende deklariert werden, beide Individuen werden aber zum Ausdruck derselben Machtwirkungen. Wollte man beweisen, daß den Frauen aber ein größeres Maß an Persönlichkeitsbeschneidung zugemutet wurde als den Männern, so müßte man von Identitäten ausgehen, die als »authentische Identitäten« bezeichnet werden können, also von solchen, die das Höchstmaß an individueller Verwirklichung erreichen könnten. Gegen das Postulat einer solchen »authentischen Identität« wendet sich Bührmann (S. 202/203). Gleichzeitig leitet sie jedoch von der Besonderung der Frau als anders und abweichend und dem Aufstieg des Mannes zum Repräsentanten des „allgemein Menschlichen" ab, daß die Individualisierung zum „anatomischen Privileg des Mannes" wurde (Bührmann, S. 71). Nach Foucault ist Individualisierung aber nicht per se Zeichen von Privilegierung. „Die Disziplinen markieren die Umkehrung der politischen Achse der Individualisierung." (Foucault 1992, S. 248) Diese Achse nämlich verläuft nun „absteigend". War ehemals der Souverän als Individuum am stärksten ausgeprägt, also derjenige, der am meisten Privilegien genoß, so werden nun

gerade die der Macht Unterworfenen individualisiert: „und zwar weniger durch Zeremonien als durch Überwachungen; (...) nicht durch Genealogien, die auf Ahnen verweisen, sondern durch vergleichende Messungen, die sich auf die »Norm« beziehen; (...)." (Ebd.) Allerdings muß man sagen, daß Kinder, Kranke, Wahnsinnige und andere Deviante (also auch Frauen) stärker individualisiert werden, oder sie jedenfalls die ersten sind, „auf die unsere Zivilisation alle Individualisierungsmechanismen ansetzt; und wenn man einen gesunden, normalen, gesetzestreuen Erwachsenen individualisieren will, so befragt man ihn immer danach, was er noch vom Kind in sich hat, welcher geheime Irrsinn in ihm steckt, welches tiefe Verbrechen er eigentlich begehen wollte." (Ebd.) Zu den bevorzugten Zielen des Macht-Wissen-Komplexes werden sicherlich auch Frauen (Bührmann 1995, S. 71). Deshalb kann man jedoch nicht davon ausgehen, daß ihre spezifische Disziplinierung, die sie zu Minderprivilegierten macht(e), automatisch dazu beiträgt, daß die Individualisierung des Mannes ein Privileg ist.

Festzuhalten bleibt, daß mit der spezifischen Disziplinierung der Frau im 19. Jahrhundert, die Bührmann postuliert, Frauen auf ihre Fortpflanzungsfunktionen reduziert und festgelegt werden. An dem Diskurs, der dieser Idee und den damit einhergehenden Unterwerfungspraktiken zugrunde liegt, war die Geburtsmedizin konstitutiv beteiligt. Sie nutzte ihn sowohl dazu, Frauen an den medizinischen Produktionsapparat zu binden, als auch dazu, Frauen aus verantwortlichen Positionen in der Geburtshilfe auszuschließen. Diese Verhältnisse sollten nicht verwässert werden und sollen auch von meiner Seite nicht geleugnet werden, wenn ich behaupte, die Medikalisierung der Geburt und des Frauenkörpers sei in eine allgemeine gesellschaftliche Tendenz einzuordnen. Frauen wurden als Verantwortliche aus dem Geburtsgeschehen ausgeschlossen, *weil* sie Frauen waren. Anhand von Zitaten habe ich diese Sachlage belegen können.

3. Die Macht wirkt durch die Gebärende und die Hebamme hindurch.

Die Technologie moderner Macht, die auf die Lebensprozesse bezogen ist, diszipliniert Frauen auf spezifische Weise und integriert ihre Körperleistungen so in den Produktionsapparat. Die Geburt wird zu einem Stadium im Reproduktionsprozeß. Die Hebamme wird in ihrer Tätigkeit nicht mehr nur amtlich überwacht, sondern wird durch ihre Ausbildung an den medizinischen Produktionsapparat gebunden, wodurch sie in die Abhängigkeit von dessen epistemologischen Objekten gerät. Im Laufe der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe werden Frauen auf dreifache Weise zu Subjekten des medizinischen Diskurses: sie werden zu Objekten der Wissenschaft, unterliegen Teilungspraktiken und entwickeln eine Identität, die vom medizinischen Bild ihres Körpers geprägt ist.

Hebamme und Gebärende unterliegen im Grunde derselben Disziplinierung, denn beide werden im Hinblick auf ihr Frau-Sein zum »Gattungswesen«:

- die Hebamme wird dadurch als Hilfsperson qua Geschlecht definiert
- der Gebärenden wird die Selbstverantwortung abgesprochen.

Das Selbstbild der Hebamme und das der Gebärenden wird entscheidend vom medizinischen Diskurs geprägt. Das Verhältnis der beiden zueinander ändert sich mit der

Professionalisierung der Geburtshilfe und wird vom Dienst an der Nachbarin oder Freundin zur Dienstleistung an einer Kundin.

4. Die Machtverhältnisse haben sich insofern gewandelt, als der Zugriff der Macht effizienter und intensiver geworden ist.

Die amtlichen Einschränkungen und Sanktionen, denen Hebammen und Frauen in früherer Zeit unterlagen, waren nicht annähernd so durchschlagend in ihrer Wirkung wie die subjektivierende Unterwerfung durch den medizinischen Apparat. Das medizinische Bild des Frauenkörpers und die eng damit verwobene Identität der Frauen einerseits sowie die Abtrennung von tradiertem Wissen andererseits hat zur Folge, daß ein weitgehender Zugriff auf den Körper der Gebärenden legitimiert werden kann. Hinzu kommen solche Wirkungen, die sich vor dem Hintergrund Foucaultscher Bio-Macht erhellend betrachten lassen: Die Verantwortung für das Leben läßt die Kontrolle über gebärende Frauen intensiver werden, denn es ist nun tatsächlich nicht mehr „verantwortbar", wenn Frauen ihre Kinder nicht mehr unter der Aufsicht des medizinischen Apparates gebären. Die Machtverhältnisse haben sich also tatsächlich nicht nur gewandelt, sondern sind darüber hinaus effizienter geworden.

„Anstelle der Drohung mit dem Tod ist es nun die Verantwortung für das Leben, die der Macht Zugang zum Körper verschafft." (Foucault 1986, S. 170)

Diese Aussage Foucaults gewinnt in Verbindung mit meinem Thema eine neue Bedeutung. Konnte ehemals nur durch Androhung von Strafen, die auf den Körper der Hebamme oder den der Frau zielten, versucht werden, das Geschehen um die Geburt zu kontrollieren, so kann heute an die Verantwortung der Frau appelliert werden, an ihr Gewissen, an etwas also, das nicht mehr nur ihren äußeren Körper betrifft, sondern ihre »inneren Werte«. Sie sind es auch, aus denen sich das formiert, was als Widerstand zutage tritt. Wenn Frauen sich gegen die Medikalisierung der Geburt wehren, gegen die Vereinnahmung ihres Körpers, so berufen sie sich auf ihre »authentischen Bedürfnisse«, die sie als unterdrückt und mißachtet betrachten. Sie berufen sich auf das Recht, diese Bedürfnisse ausleben zu können und sich von den Einschränkungen derselben befreien zu dürfen. Foucault beschreibt diesen Mechanismus wiefolgt:

> „Weit mehr als das Recht ist das Leben zum Gegenstand der politischen Kämpfe geworden, auch wenn sich diese in Rechtsansprüchen artikulieren. Das »Recht« auf das Leben, auf den Körper, auf das Glück, auf die Befriedigung der Bedürfnisse, das »Recht« auf die Wiedergewinnung alles dessen, was man ist oder sein kann - jenseits aller Unterdrückungen und »Entfremdungen« (...) war die politische Antwort auf all die neuen Machtprozeduren (...)."
> (Foucault 1986, S. 173)

Dies ist auch die Antwort der Frauen auf die »Entfremdung«, die sie in der institutionalisierten Geburtshilfe erleben. Wie ich zu Beginn meiner Arbeit bereits geschildert habe, ist dies ist aber gleichfalls die Antwort derer, die für diese Geburtshilfe

eintreten. Mit einem »Recht auf ein unversehrtes Leben« des Neugeborenen wird gegen die Selbstbestimmung der Frauen über ihren Körper argumentiert. So kann auch »Sicherheit« zu einem demokratischen Rechtsbegriff werden, zu einer moralischen Forderung für »das Leben«. In den Geburtskliniken sollen für alle Mütter und Kinder die *gleichen sicheren* Bedingungen geschaffen werden.[135] Selbst eine alte Hausgeburtshebamme, die sich gegen die überhandnehmende Technik in Kreißsälen ausspricht, konstatiert: „Ich wünschte, daß sich die Technik, die so wunderbar ist, wenn man sie in voller Verantwortung anwendet, noch weiter entwickelt, so daß unsere Kinder in Freude, in Frieden und in einer *gerechten Sicherheit* zur Welt kommen!" (Favre 1985, S. 114, Hvg. v. S. B.)
Natürlich ist es tatsächlich ganz wunderbar, wenn Kinder nicht in Angst und Schrecken geboren werden und es die Möglichkeit gibt, bei Komplikationen rettende Maßnahmen ergreifen zu können. Es muß nur trotzdem gewagt werden, den Gedanken der „gerechten Sicherheit" einmal zu Ende zu denken. Wenn er an oberster Stelle steht, ist die Konsequenz nichts weniger als der »künstliche Mutter-leib«, so er einmal erschaffen und für sicherer befunden wurde als der »echte«.[136] Hier ist mit einem Rechtsanspruch seitens der Frauen nichts auszurichten. Es kann nicht mehr darum gehen, ob sie das Recht haben, ihre Kinder so zu gebären wie sie es sich wünschen, denn sie werden gegen die von ihnen selbst hervorgebrachten »neuen« Menschen ausgespielt. Dies ist das absurde Ergebnis einer Trennung von Mutter und Fötus, die nur aufbauend auf dem Wissen der neuen Medizintechnologien postuliert werden konnte. Mit diesem klinischen Wissen vermengt sich die rechtliche Forderung.
Kehren wir noch einmal ganz an den Anfang zurück. Der Begriff „Eugenik von unten", der in meiner Einleitung auftaucht, kann nun im Foucaultschen Sinne gedeutet werden: „die Macht kommt von unten" (Foucault 1986, S. 115). Man muß sich von folgendem Gedanken auch in der Geburtshilfe verabschieden: Macht geht nicht von einem medizinischen oder staatlichen Apparat aus, kommt also eben nicht »von oben« - vor allem dann nicht, wenn es um unsere Körper geht, denn sie sind Zielscheibe der Macht. Das Leben und die Verantwortung für das Leben dagegen sind der Weg, über den die Macht ausgeübt wird. Über die Disziplinierung der Körper gelang es, Wissen über diese anzuhäufen, welches erneut die Legitimation dazu liefert, es auch anzuwenden. Natürlich besteht die Möglichkeit, sich dem direkten Zugriff des medizinischen Apparates zu entziehen, indem Frauen zu Hause mit der Hilfe einer Hebamme gebären. Sie können sich damit jedoch nicht der Illusion hingeben, gänzlich frei von der Definitionsmacht medizinischer Diskurse zu sein. Die Medikalisierung der Geburt ist nicht mehr rückgängig zu machen. Das heißt aber

---

135 Siehe die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in vorliegender Arbeit, S. 7.

136 So liest auch Martin bei amerikanischen Wissenschaftlern, der künstliche Mutterleib habe angeblich viele Vorteile, wozu auch die Reduktion von Geburtsfehlern gehöre, da „der Fötus in einer absolut sicheren und gleichmäßigen Umgebung gehalten werden kann". (Martin 1989, S. 178. Zit. v. Edward Grossman, *The Obsolescent Mother*, in: The Atlantic Monthly 227, 1971, S. 48.)

auch nicht, daß jeglicher Widerstand vergebens ist. Er kann sich nur nicht über das Einfordern von Rechten, die sich auf angeblich authentische Bedürfnisse von Frauen beziehen, durchsetzen, sondern sollte sich eher durch eine Art »Gegenwissen« formieren. Dies meint auch Bührmann, wenn sie einen „Gegendiskurs" zu den Wahrheitsansprüchen etablierter Diskurse vorschlägt (Bührmann 1995, S. 216). Dazu wäre es im Grunde nötig, wirklich bereit zu sein, für sich und seinen Körper wieder Verantwortung zu übernehmen, ohne die Absicherung durch medizinische Technologie. Dies würde einen erneuten konsequenten Bruch in der Erfahrung bedeuten, da eine Anknüpfung an ehemalige Traditionen nicht mehr möglich ist. Sich darauf zu beschränken, auf Veränderungen in den Kliniken zu drängen, geht jedenfalls an einer Formation echter alternativer Diskurse vorbei. Das mögliche Ergebnis solcher Kritik an institutionellen Gegebenheiten habe ich bereits angeführt. Es wird in den Krankenhäusern begonnen, sich auf die Wünsche der Klientinnen einzustellen und damit für die je eigene Einrichtung zu werben. Es entstehen so kuriose Angebotslisten, nach denen zwischen ambulanter oder stationärer Entbindung, Wassergeburt oder Gebärstuhl gewählt werden kann, künstliche Geburtseinleitung und medikamentöse Schmerzbekämpfung auf Wunsch angewendet werden können, eine bereits bekannte Hebamme als Beistand erbeten werden kann usw. (vgl. z.B. Neuhaus/Scharkus 1995, S. 124). Es ist im Grunde gar nichts gegen solche zum Teil geburtserleichternden Maßnahmen einzuwenden. Sich zwischen ihnen entscheiden zu müssen, verändert die Sachlage jedoch mehr als wir glauben. Die Geburt bekommt so den Charakter eines Supermarkteinkaufes. Was dabei auf der Strecke bleibt, sind nicht nur menschliche Qualitäten, es ist vor allem die persönliche Autonomie. Freiheit verwandelt sich in Wahlfreiheit.

Literatur

Ackerknecht, Erwin H.: Zur Geschichte der Hebammen. In: Gesnerus 31 (1974), S. 181 -191.

Bab, Bettina: Konkurrenz zwischen Hebammen und Geburtshelfern. Zur Entwicklung der Geburtshilfe in Bonn im 18. und 19. Jahrhundert. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift, 1/94, Hannover 1994.

Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth: Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt am Main 1990.

Becker, Gabriele u.a.: Zum kulturellen Bild und zur realen Situation der Frau im Mittelalter und in der frühen Neuzeit. In: Gabriele Becker, Silvia Bovenschen, Helmut Brackert (u.a. Hrsg.): Aus der Zeit der Verzweiflung. Zur Genese und Aktualität des Hexenbildes. Frankfurt am Main 1977, S. 11 - 128.

Benedek, Thomas G.: The Changing Relationship between Midwives and Physicians during the Renaissance. In: Bulletin of the History of Medicine 51, Baltimore 1977, S. 550 - 564.

Berg, D.: Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 5/95, Hannover 1995, S. 199 - 205.

Birkelbach, Dagmar/Eifert, Christiane/Lueken, Sabine: Zur Entwicklung des Hebammenwesens vom 14. bis zum 16. Jahrhundert am Beispiel der Regensburger Hebammenordnungen. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis 5, München 1981, S. 83 - 98.

Bitter, Bettina: Hebammen - Geburtshelferinnen und Verfolgungsopfer. In: Bernd Ulrich Hergemüller (Hg.): Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft. Ein Hand- und Studienbuch. Warendorf 1990, S. 134 - 166.

Böhme, Gernot: Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: Gernot Böhme: Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt am Main 1980, S. 27 - 53.

Bührmann, Andrea: Das authentische Geschlecht. Die Sexualitätsdebatte der neuen Frauenbewegung und die Foucaultsche Machtanalyse. Münster 1995.

Duden, Barbara: Keine Nachsicht gegen das schöne Geschlecht. Wie sich Ärzte die Kontrolle über Gebärmütter aneigneten. In: Susanne von Paczensky (Hg.): Wir sind keine Möderinnen! Reinbek bei Hamburg 1980, S. 109 - 126.

Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987.

Duden, Barbara: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. München 1994 (Org. v. 1991).

Duden, Barbara: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vortrag beim 2. Kongreß der Internationalen Hebammenvereinigung für das deutschsprachige Europa, Friedrichshafen, 9. - 10. Okt. 1995. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift, 1/96, Hannover 1996, S. 11 - 19.

Duden: Rechtschreibung der deutschen Sprache und der Fremdwörter. 18., neu bearb. u. erw. Aufl., Mannheim, Wien, Zürich 1980.

Dülmen, Andrea van (Hrsg.): Frauen: ein historisches Lesebuch. München 1995.

Duerr, Hans Peter: Intimität. Der Mythos vom Zivilisationsprozeß, Bd. 2. Frankfurt am Main 1990.

Edelmann, Lilo: Die Situation der Hebamme - Entwicklung der letzten drei Jahre. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift 1/96, Hannover 1996, S. 8 - 10.

Ehrenreich, Barbara/English, Deirdre: Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. 15. Aufl. (Erstaufl. 1975) München 1992.

Ensel, Angelika: Bedeutung und Wandel des »Geburts-Territoriums«. Zur Veränderung der Einstellung zu Geburt und Schwangerschaft in unserer Kultur - Aspekte aus einer medizinethnologischen Analyse. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift, Jg. 46, Heft 6, Hannover 1994, S. 233 - 241.

Ewald, François: Foucault - ein vagabundierendes Denken. In: Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin 1978.

Fasbender, Heinrich: Geschichte der Geburtshilfe. Hildesheim 1964 (Nachdruck der Ausg. Jena 1906).

Favre, Adeline: Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d´Anniviers. 3. Aufl., Darmstadt/Neuwied 1987.

Fischer-Homberger, Esther: Medizinische Wissenschaft in ihrem Zusammenhang mit ärztlicher Standespolitik. Aus der Geschichte der Chirurgie, der Hebammenkunst und der Apothekerwissenschaft. Schweizer Ärzteblatt 57 (1976), S. 1351 - 1357.

Fischer-Homberger, Esther: Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Bern 1979.

Fischer-Homberger, Esther: Medizin vor Gericht. Zur Sozialgeschichte der Gerichtsmedizin. Darmstadt 1988 (Org. Bern 1983).

Foucault, Michel: Macht und Körper. In: Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin 1976.

Foucault, Michel: Wahrheit und Macht. Interview mit A. Fontana und P. Pasquino. In: Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin 1978 a, S. 21 - 54.

Foucault, Michel: Historisches Wissen der Kämpfe und Macht. Vorlesung vom 7. 1. 1976.
In: Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin 1978 b, S. 55 - 74.

Foucault, Michel: Recht der Souveränität/Mechanismus der Disziplin. Vorlesung vom 14. 1. 1976. In: Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin 1978 c, S. 75 - 95.

Foucault, Michel: Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit Bd. 1, Frankfurt am Main 1986.

Foucault, Michel: Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, Hubert L./Rabinow, Paul: Michel Foucault: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Frankfurt a. M. 1987, S. 243 - 261.

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main 1988 (Org. v. 1963).

Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. (Erste Aufl. 1977) Frankfurt am Main 1992.

Frevert, Ute: Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert - Zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: Kuhn, Annette/Rüsen, Jörg (Hrsg.): Frauen in der Geschichte (2). Düsseldorf 1986.

Gélis, Jaques: Die Geburt. Volksglaube, Rituale und Praktiken. Von 1500 - 1900. München 1989.

Grabrucker, Marianne: Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen. Frankfurt am Main 1989.
Gubalke, Wolfgang: Die Hebamme im Wandel der Zeiten. Ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens. Hannover 1964.

Hampe, Henrike: Hebammen und Geburtshelfer im Göttingen des 18. Jahrhunderts. Das Jahr 1751 und seine Folgen. In: Volkskunde in Niedersachsen 10 (1993), S. 16 f.

Harding, Sandra: Feministische Wissenschaft. zum Verhältnis von Wissenschaft und sozialem Geschlecht. Hamburg 1991 (Org.v. 1986)

Heinsohn, Gunnar/Steiger, Otto: Die Vernichtung der weisen Frauen. München 1989.

Hillmann, Karl-Heinz: Wörterbuch der Soziologie. 4. überarb. u. ergän. Aufl., Stuttgard 1994.

Hitzler, Ronald: Wissen und Wesen des Experten.
In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Christoph Maeder (Hrsg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen 1994.

Honegger, Claudia: Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers.
In: Imhof, Arthur E. (Hrsg): Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Kolloquiums, Berlin 1. - 3. Juni 1981. Berlin 1983.

Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaft vom Menschen und das Weib 1750 - 1850. Frankfurt/New York 1991.

Horner, Maria: Aus dem Leben einer Hebamme. Hrsg., bearb. u. mit Vorwort verseh. v. Christa Hämmerle. Graz, Wien 1985.

Karenberg, A.: Lernen am Bett der Schwangeren. Zur Typologie des Entbindungshauses in Deutschland (1728 - 1840). In: Zentr.bl. Gynäkologie 113 (1991), S. 899 - 912.

Kentenich, Heribert: Wie natürlich hätten Sie´s denn gerne? Zum Umgang mit Veränderungen in der Geburtshilfe. In: Ästhetik und Kommunikation, Jg. 10, Heft 43. Berlin 1981, S. 25 - 28.

Kethler, Ute: Secret of a quick, safe birth. Das Geheimnis einer schnellen, sicheren Geburt. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 5/95, Hannover 1995, S. 214 - 217.

Kögler, Hans Herbert: Michel Foucault. Stuttgard, Weimar 1994.

Krasmann, Susanne: Simultanität von Körper und Sprache bei Foucault. In: Leviathan, Jg. 23, Heft 2/1995.

Labouvie, Eva: Zauberei und Hexenwerk. Ländlicher Hexenglaube in der frühen Neuzeit. Frankfurt am Main 1991.

Labouvie, Eva: Selbstverwaltete Geburt. Landhebammen zwischen Macht und Reglementierung (17. - 18. Jahrhundert). In: Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialforschung, Jg. 18, Heft 4/1992, S. 477 - 506.

Landweer, Hilge: Herausforderung Foucault. In: Die Philosophin, Bd. 3/H. 7, Tübingen 1995.

Leibrock-Plehn, L.: Hexenkräuter oder Arznei: Die Abtreibungsmittel im 16. und 17. Jahrhundert. Stuttgard 1992.

Lorenz, Maren: „... als ob ihr ein Stein aus dem Leib kollerte ..." Schwangerschaftswahrnehmungen und Geburtserfahrungen von Frauen im 18. Jahrhundert. In: Dülmen, Richard van (Hrsg.): Körper-Geschichten. Studien zur historischen Kulturforschung V. Frankfurt am Main 1996.

Loux, Françoise: Das Kind und sein Körper. Volksmedizin - Heilmittel - Bräuche. Frankfurt am Main 1983.

Martin, Emily: Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt/New York 1989.

Merchant, Carolyn: Der Tod der Natur. Ökologie, Frauen und neuzeitliche Naturwissenschaft. 2. unveränd. Aufl., München 1994.

Metz-Becker, M.: Gebären im Dienst der Wissenschaft. Zum Medikalisierungsprozeß unehelich schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Volkskunde 90 (1994), S. 210 - 229.

Meyers Großes Taschenlexikon, 3. aktual. Aufl., Mannheim/Wien 1990.

Mobers, Rose-Marie: Olga Gebauer - Leben und Wirken einer Hebamme. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift, 10/95, Hannover 1995, S. 465 - 470.

Nassehi, Armin: Ethos und Thanatos. Der menschliche Tod und der Tod des Menschen im Denken Michel Foucaults. In: Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Hrsg. v. Klaus Feldmann u. Werner Fuchs-Heinritz. Frankfurt am Main 1995.

Neuhaus, W./Scharkus, Sybille/Bolte, A.: Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis - Realität oder Illusion? In: Die Hebamme 8/95, Berlin 1995, S. 123 - 126.

Oakley, Ann: Wisewoman and Medicine Man: Changes in the Management of Childbirth. In: Mitchell, Juliet/Oakley, Ann (Hrsg.): The Rights and Wrongs of Women. Harmondsworth 1979.

Preußler, Susanne: Hinter verschlossenen Türen. Ledige Frauen in der Münchener Gebäranstalt (1832 - 1853). Münchner Beiträge zur Volkskunde (4). München 1985.

Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch, 256., neu bearb. Aufl., Berlin/New York 1990.
Pulz, Waltraud: »Nicht alles nach der Gelahrten Sinn geschrieben« - Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund. Zur Rekonstruktion geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen und seiner Bedeutung bei der Herausbildung der modernen Geburtshilfe. Münchner Beiträge zur Volkskunde (15). München 1994.

Schäfer, M. A.: Zur Geschichte des europäischen Hospitals bis 1800. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Ergebnisse der Forschung für die Praxis. Jg. 55, 1995.

Scherzer, Ricarda: Hebammen. Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes. Frankfurt a. M. 1988.

Schmitz, Britta: Hebammen in Münster. Historische Entwicklung, Lebens- und Arbeitsfeld, berufliches Selbstverständnis. Münster/New York 1994.

Sjoli, Sonja: Wie gebären wir unsere Kinder: Heute und in Zukunft. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift 1/96, Hannover 1996, S. 4 - 8.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Hausgeburtshilfe. In: Linder, Rupert (Hrsg.): Haus- und Praxisgeburten. Dokumentation der 1. Tagung für Haus- und Praxisgeburtshilfe.
Frankfurt am Main 1994.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen. In: Der Frauenarzt, 36. Jg., Heft 1/1995.

Wahrig: Deutsches Wörterbuch. München/Gütersloh 1986.

Winau, Rolf: Die Entdeckung des menschlichen Körpers in der neuzeitlichen Medizin. In: Imhof, Arhur E. (Hrsg.): Der Mensch und sein Körper: von der Antike bis heute. München 1983.

Wolf, Reni/Wolf, Manfred: Zur Komplementarität der Wissensstruktur von Hebamme und Arzt - eine wissenssoziologische Analyse. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 4/95, Hannover 1995, S. 154 - 161.

Wulf, Karl-Heinrich: Geburtshilfe im Wandel. Zur geburtshilflichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 85, Heft 47, 1988.